

Diplomarbeit

Titel der Magisterarbeit

Frühgeborene in der Frühtherapie:
Beobachtung der Veränderungen der
Mutter-Kind-Beziehung nach Esther Bick

Verfasserin

Gabriele Zatl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 3. Dezember 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Bildungswissenschaft

Betreuerin:

Ao. Univ. Prof. Dr. Gertraud Diem Wille

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche erkenntlich gemacht habe.

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich bestätige, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Kurzzusammenfassung

Mit dem Thema Frühgeburt setzen sich die Menschen in der Regel nicht auseinander. Deshalb trifft eine Frühgeburt die Eltern meist unerwartet und erschüttert sie zutiefst. Wie weit der medizinische Fortschritt auf dem Gebiet der Neonatologie bereits voran gekommen ist, wissen die wenigsten. So sind die Überlebenschancen und –raten von sehr unreifen und kleinen Frühgeborenen in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Die Physiotherapie für das Frühgeborene ist nicht nur für das Baby hilfreich, sondern fördert die Bindung zwischen Mutter und Kind. Die Mutter wird von der Therapeutin angewiesen, die Übungen mit ihrem Säugling zu wiederholen. Weiters kann sich die Mutter mit der Therapeutin austauschen und ihre Sorgen und Ängste kommunizieren. Diese Diplomarbeit führt in die Thematik von Frühgeburt und Frühförderung ein und untermauert die Theorie mit den Falldarstellungen im empirischen Teil.

Abstract

Most of the people do not pay attention to the topic of premature delivery. Therefore parents get hit hard and unforeseen by a premature birth of their child. Very few people know about the medical improvements which have been set the last decades. The survival rate of very small and low weight infants have been increased steadily. The physical therapy is very important for the child's growth but also important for the mother to bring forward the mother-child-relationship. The mother should continue the exercise with her baby and get's the chance to communicate her fears and sorrows to the therapist. This diploma thesis introduces the topic of premature delivery and early therapy and confirms the theory by two babies in the practical part.

Danksagung

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich bei einigen besonderen Menschen zu bedanken, ohne die diese Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Hier muss ich besonders meine kleine Schwester erwähnen, die mich durch ihre zu frühe Geburt erst zu diesem Studium inspiriert hat. Sie hat wirklich das Familienleben nach 21 Jahren total auf den Kopf gestellt, aber unbeschreibbar bereichert.

Weiters gilt mein ausdrücklicher Dank meinen Eltern, die mich während der gesamten Studienzeit tatkräftig unterstützt haben und sich mit mir gefreut aber auch oft mit mir gelitten haben, wenn etwas nicht so reibungslos lief.

Als nächstes möchte ich meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Univ. Prof. Dr. Gertraud Diem-Wille danken, die mir die Möglichkeit gab, diese Diplomarbeit unter ihrer Betreuung zu schreiben und mir stets mit Rat zur Seite stand und meinen Horizont erweiterte, wenn ich mit Fragen zu ihr kam.

Ein besonderer Dank gilt der Frühgeborenenennachsorgeambulanz des AKH Wien. Mir wurde gestattet am AKH meine Beobachtungen durchzuführen und bei der Frühtherapie von Frühgeborenen zuzusehen. Hier sind Elke Truschnig, Physiotherapeutin und Mag. Barbara Keusch besonders zu erwähnen, weil sie unermüdlich auf der Suche nach geeigneten Familien für mich waren.

Hier will ich auch den beiden Familien meinen großen Dank aussprechen, die es mir ermöglicht haben, ihr zu früh geborenes Baby zu beobachten und die Familie einige Monate zu begleiten. Ich habe die Beobachtungen sehr spannend gefunden und tolles Material sammeln können. Gleichzeitig möchte ich festhalten, dass die Auswertung niemandem zu nahe treten will und es keine perfekten Mütter gibt. Es gibt nur ausreichend gute Mütter, die versuchen in der jeweiligen Situation adäquat und richtig zu reagieren.

Ich danke meinem Lebensgefährten, meiner Taufpatin sowie meinen lieben Studienkolleginnen. Sie alle haben mich auf unterschiedliche Weise nach Kräften unterstützt.

Vielen herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
-------------------------	----------

I. Theoretischer Teil

1 Frühgeburt und Frühgeborene	8
1.1 Definition von Frühgeborenen	8
1.1.1 Definition Fehlgeburt.....	9
1.1.2 Definition Totgeburt	10
1.1.3 Definition Lebendgeburt.....	10
1.2 Lungenreifung	10
1.3 Die Geburt.....	11
1.4 Die Neonatologieintensivstation	13
1.5 Die Känguru Methode	15
1.5.1 Känguru – Pflege oder „känguruen“	15
1.5.2 Der Ursprung der Känguru-Methode	17
1.6 Ursachen der Frühgeburt	17
1.6.1 Infektionen	18
1.6.2 Plazentastörungen.....	18
1.6.3 Fetale Pathologie und Uteruspathologie.....	18
1.6.4 Mehrlingsschwangerschaften	18
1.6.5 Mütterliche Ursachen.....	19
1.6.6 Fetale Ursachen	19
1.6.7 Umweltfaktoren.....	19
1.6.8 Jugendliche Elternschaft.....	20
1.6.9 Späte Elternschaft	21
1.7 Auswirkungen der Frühgeburt auf die Kinder	22

1.8	Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern	24
1.9	Die Eltern-Kind-Beziehung	26
1.9.1	Die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung nach Melanie Klein.....	26
1.9.2	Die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung nach Esther Bick	28
1.9.3	Die Entstehung der Mutter-Kind Beziehung nach Daniel Stern.....	29
1.9.4	Die Bindungstheorie nach John Bolwby	30
1.9.5	Die Bindungsmuster	31
1.9.6	Die Eltern-Kind-Beziehung von Frühgeborenen.....	33
1.10	Hilfen für die Eltern	37
1.10.1	Schwangerschaft als Krise.....	37
1.10.2	Nachbetreuung der Eltern	38
1.10.3	Hilfsprogramme nach einer Frühgeburt	42
1.10.4	Psychologische Betreuung als ärztliche Herausforderung	45
1.11	Zusammenfassung	47
2	Frühtherapie und Frühförderung	48
2.1	Frühförderung allgemein.....	48
2.1.1	Die Ursprünge der Frühförderung	48
2.1.2	Die Arbeitsprinzipien der Frühförderung	50
2.1.3	Adressaten der Frühtherapie und Frühförderung	51
2.1.4	Diagnose und Befund.....	53
2.1.5	Ziele der Frühförderung	54
2.2	Zugang zur Frühtherapie und Frühförderung - Kontaktaufnahme	55
2.2.1	Die besondere Situation von Eltern frühgeborener Säuglinge in Bezug auf Frühförderung und Frühtherapie.....	55
2.2.2	Eltern-mit-arbeit in der Frühförderung und Frühtherapie.....	58
2.3	Mutter-Kind-Beziehung im Bezug auf Frühtherapie	59

2.3.1	Einflussfaktoren auf den Bewältigungsprozess der traumatisierenden Erfahrung der Frühgeburt.....	61
2.4	Die Entwicklung eines frühgeborenen Kindes	63
2.5	Zusammenfassung.....	68

II. Empirischer Teil

3	Die psychoanalytische Babybeobachtung	69
3.1	Entwicklung der psychoanalytischen Babybeobachtung nach Esther Bick ..	69
3.2	Babybeobachtung in der Familie	72
3.3	Methode und Durchführung.....	75
3.3.1	Erhebungsmethode – Psychoanalytische Babybeobachtung	75
3.3.2	Erhebungsmethode – Narratives Interview	75
3.3.3	Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	76
4	Beobachtungsauswertung	78
4.1	Kategorien der Auswertung.....	78
4.2	Falldarstellung von Patrick und seiner Familie	79
4.2.1	Die Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern	81
4.2.2	Die motorische Entwicklung.....	85
4.2.3	Die kognitive Entwicklung	90
4.2.4	Die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung	94
4.2.5	Die Entwicklungsförderung tritt in den Hintergrund und der Spaß tritt in den Vordergrund	102
4.2.6	Das Baby nimmt sich selbst wahr	105
4.2.7	Die Mutter erlebt die Interaktion und die Kommunikation mit den unterstützenden Personen auf unterschiedliche Weise	109
4.2.8	Resümee der Beobachtungen von Patrick	113

4.2.9	Beispiel einer Beobachtung von Patrick	114
4.3	Falldarstellung von Anna und ihrer Familie	117
4.3.1	Die Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern.....	118
4.3.2	Die motorische Entwicklung	121
4.3.3	Die kognitive Entwicklung.....	128
4.3.4	Die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung	134
4.3.5	Die Entwicklungsförderung tritt in den Hintergrund und der Spaß tritt in den Vordergrund.....	139
4.3.6	Das Baby nimmt sich selbst wahr	142
4.3.7	Die Mutter erlebt die Interaktion und die Kommunikation mit den unterstützenden Personen auf unterschiedliche Weise	144
4.3.8	Resümee der Beobachtungen von Anna	149
4.3.9	Beispiel einer Beobachtung von Anna	149
4.4	Vergleich von Anna und Patrick in Bezug auf die Forschungsfragen	153
4.4.1	Die Mutter-Kind-Interaktion	155
4.4.2	Die motorische Entwicklung	158
4.4.3	Die Bewältigungsstrategien der Eltern	160
5	Kritische Betrachtung des Diplomarbeitsthemas und Ausblick	164
5.1	Relevanz der Fragestellung.....	164
5.2	Grenzen des Diplomarbeitsthemas	166
	Literaturverzeichnis.....	169
	Abbildungsverzeichnis.....	176

Einleitung

Obwohl die Medizin in den letzten Jahrzehnten unglaubliche Fortschritte in den unterschiedlichsten Bereichen geschafft hat, konnte bis jetzt die Frühgeburtenrate nicht merklich gesenkt werden. Wie Studien belegen liegt der Anteil der Neugeborenen, die vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren werden, also frühgeboren sind, bei 6 – 7 Prozent. Davon ist der Anteil der Kinder, die weniger als 1500 Gramm wiegen ca. 1 bis 1,5 Prozent. (Garbe 2002, S.47). Der medizinische Fortschritt konnte erreichen, dass mittlerweile Frühgeborene, die noch vor zwanzig Jahren keine oder nur geringste Überlebenschancen gehabt hätten, heute überleben. Die Anzahl der Geburten unter der 32. Schwangerschaftswoche beträgt 2 Prozent aller Geburten. Diese machen jedoch 1/3 der perinatalen Todesfälle aus. (Draper et al 2008, S. 3) Der Preis, den die Frühchen für dieses Leben zahlen, ist oft sehr hoch. Multiple Behinderungen oder Entwicklungsrückstände gehören unglücklicherweise vielfach zum Leben des kleinen Menschen. Hier hat die Forschung der letzten Jahre gezeigt, dass kleine Frühgeborene nicht so wie zuvor angenommen, keine Schmerzen verspüren. Sie mussten früher unvorstellbare Qualen durchleben, weil sie beispielsweise ohne Narkose intubiert oder operiert wurden. Schmerzen sollen unbedingt vermieden werden, da sie Angst auslösen. Angst wiederum verhindert die Bildung von Urvertrauen. Heute ist bekannt, dass selbst kleinste Säuglinge bereits fühlen und Beziehungen suchen. (De Jong; Marcovich 2003, S. 177)

Die Frühgeburt an sich stellt allerdings nicht nur für das Kind einen unglaublichen Schock und nicht selten eine lebensbedrohliche Situation dar. Auch das Elternpaar hat zumeist nur Stunden, um sich auf die viel zu frühe und neue Elternrolle einzustellen. Von vorbereiten kann nicht gesprochen werden, da die frühe Ankunft des Kindes für sie eine emotionale Ausnahmesituation darstellt. Während die Mutter in vielen Fällen durch den Kaiserschnitt in den ersten Tagen an das Bett gebunden ist, kann nur der Vater das Kind vorerst sehen. Er fungiert oftmals als Vermittler zwischen Mutter und Kind und in manchen Fällen muss er sogar zwischen Krankenhaus der Mutter und dem spezialisierten Krankenhaus für Neonatologie pendeln, wenn die Frühgeburt völlig überraschend eintrat, sodass eine Verlegung der Mutter nicht mehr möglich war. Nachdem das Kind auf der Welt ist, stellt der Anblick fallweise einen Schock für die Eltern dar, weil sich das Kind so sehr vom

„Wunschbaby“ aus ihrer Phantasie unterscheidet. Es ist nicht rosig und gesund, sondern winzig und krank mit vielen Schläuchen, die an überlebenswichtige Apparate angeschlossen sind. Viele Eltern vermeiden daher bei kritischen Kindern eine Beziehung aufzubauen, um die Trauer und den Schmerz bei einem möglichen Tod vermeintlich besser verarbeiten zu können. (Hantsche et al 1992, S 134)

Genau in dieser Situation ist es wichtig für die Eltern, die an ihren elterlichen Kompetenzen zweifeln, in ein soziales Auffangnetz aus psychologischer Betreuung, Beratungsmöglichkeiten und Selbsthilfegruppen zu fallen. (Brisch 2000, S 92) Nicht nur das primäre Überleben des Frühgeborenen muss gesichert werden, sondern auch der Schock der Eltern muss behandelt werden. Meine Arbeit wird sich neben dem Thema Frühgeburt auch damit auseinandersetzen, ob es genügend solcher beschriebener Auffangnetze für „frühgewordene“¹ Eltern gibt. Aus der Literatur ist bekannt, dass die sofortige Liebe und Zuneigung der Eltern für die spätere Bindungsfähigkeit des Kindes von essentieller Bedeutung ist.

Nachdem das primäre Überleben des Frühgeborenen sicher gestellt wurde, muss festgestellt werden ob und inwiefern das Kind aus der zu frühen Geburt Schaden genommen hat. Hier setzt die Frühförderung an. Die Frühförderin² kommt nach einigen Monaten zu den Betroffenen nach Hause und fördert das Kind individuell und in Kooperation mit den Eltern. Weiters können die Eltern mit den Babys auch ins Krankenhaus kommen, um dort ambulant ihrem Kind helfen zu lassen und eine Therapie zu ermöglichen. Meine Arbeit wird sich mit Frühtherapie beschäftigen und zwar im speziellen Hinblick auf Frühgeborene. Diese Arbeit wird darstellen, ob Eltern das Therapieangebot wahrnehmen, und in welcher Weise sich die Therapie auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt, wobei der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung liegen wird.

¹ „Frühgewordene Eltern“ wird in der Literatur immer wieder als Bezeichnung für Eltern verwendet, die eine Frühgeburt erlebt haben.

² Die Autorin meint hier jeweils männliche sowie weibliche Therapeuten, spricht aber von Frühförderinnen bzw. -therapeutinnen, weil diese fast ausschließlich weiblich sind.

Forschungsstand

Die Prozentzahl von Frühgeborenen, also jene Babys, die vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, liegt, wie schon erwähnt, bei ca. 6 – 7 Prozent aller Geburten jährlich. Die Tendenz ist, trotz der immer besser werdenden medizinischen Möglichkeiten, eher steigend. Die Gründe dafür werden in der Diplomarbeit ausführlich erläutert. Eingeteilt werden Frühgeborene in Kategorien abhängig von Gewicht und Gestationsalter³. Neugeborene unter 1500 Gramm heißen „very low birthweight infants“ und Neugeborene unter 1000 Gramm werden „extremely low birthweight infants“ genannt. Reale Lebenschancen hat ein Kind ab der 24. bis 26. Schwangerschaftswoche. Hier betragen die Überlebensraten ca. 50 bis 60 Prozent bzw. 70 bis 80 Prozent. Es muss allerdings mit erheblichen Komplikationen und Behinderungen gerechnet werden (Garbe 2002, S. 47).

Die Ursachen für Frühgeburten sind umfangreich und oft nur sehr schwer festzustellen. Unter anderem zählen Infektionen, Plazentastörungen, fetale Pathologien, Uteruspathologien und Mehrlingsschwangerschaften zu den Hauptursachen für Frühgeburten (Viehweg 2000, S. 145). Weiters können Erbkrankheiten, soziale Stellung der Mutter, Alter der Mutter, Blutgruppenunverträglichkeit, Mangelernährung, Gifte (Drogen) und psychosoziale Belastungen wie Stress, Auslöser für eine verfrühte Geburt sein (Schmutzler 2006, S. 37f).

Die Mediziner versuchen die Frühgeburt so lange wie möglich hinauszuzögern. Jeder weitere Tag im Mutterleib ist von unschätzbarem Wert für das Baby. Entscheidend ist neben Gewicht und Schwangerschaftswoche, auch die Reife der Lunge. Ist das Baby noch nicht in der Lage selbständig zu atmen, die Frühgeburt jedoch nicht mehr zu verhindern, so wird versucht, mit dem Medikament Surfactan eine Lungenreifung voranzutreiben. Hier genügen schon wenige Tage, um die Lungenbläschen reifen zu lassen. Dies sollte unbedingt geschehen, da eine Beatmung mittels technischer Geräte zuviel Sauerstoff in das winzige Lebewesen presst und schwere Folgeschäden wie Hirnblutungen und Blindheit nach sich ziehen kann (Garbe 2002, S. 70).

³ Alter des ungeborenen Kindes bzw. Neugeborenen ab dem Zeitpunkt der Befruchtung.

Die AutorInnen sind sich einig, dass die zu früh eingetretene Geburt einen Schock für die Eltern darstellt und diese völlig überrascht. Nicht selten befindet sich das Paar erst im Übergang zur Identifikation mit der Elternrolle oder hat diese noch gar nicht vollzogen. Mütter können in den meisten Fällen nicht aktiv bei der Geburt dabei sein und erwachen „leer“ aus der Narkose. Sie haben das Gefühl ihnen wurde das Baby gestohlen. Hier haben die Väter die primäre Aufgabe für das Neugeborene da zu sein. Sie bringen die Milch in die Frühgeborenenintensivstation und erzählen der Mutter vom gemeinsamen Kind (De Jong, Marcovich 2008, S. 16f). Studien belegen, dass Väter, die sich sofort um ihr Frühgeborenes gekümmert haben, dies auch später intensiver tun, als Väter von termingeborenen Kindern (Sarimski 1999, S. 36). Die Mütter hingegen sind in den ersten Tagen durch den Kaiserschnitt selbst ans Bett gebunden und nicht in der Lage, für ihr Baby Verantwortung zu tragen. Angstgefühle, Niedergeschlagenheit und Gefühle des Ungenügens, sowie nicht selten Eifersucht auf den Vater, sind Begleiterscheinungen. Deshalb binden sich Mütter nicht gleich an ihr Neugeborenes, weil sie befürchten, bei einem möglichen Tod des Babys zu sehr verletzt zu werden (De Jong, Marcovich 2008, S. 21). Die Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Frühgeborenen-Nachsorge. Durch die unerwartete Geburt und die darauf folgende räumliche Trennung von Mutter und Kind können Entwicklungsgefährdungen der Mutter-Kind-Beziehung auftreten. Diese Beziehung ist von äußerster Wichtigkeit für den weiteren Genesungs- und Therapieverlauf des Frühgeborenen. Die Bindungsdiagnostik liefert Möglichkeiten, um die Mutter-Kind-Beziehung beurteilen zu können beispielsweise in der adäquaten Reaktion und Interpretation der kindlichen Bedürfnisse (Brüggemann 2006, S. 92).

Vor diesem Hintergrund ist die psychologische Betreuung „frühgewordener“⁴ Eltern besonders wichtig. Brisch (2000, S. 92) schreibt, dass die „High-Tech-Atmosphäre der neonatologischen Intensivstation auf die Eltern beängstigend wirkt und das Vertrauen in ihre elterlichen Kompetenzen erheblich erschüttert“. Ihm zufolge (2000, S. 95) werden mit Eltern, bereits während die Kinder noch auf der Intensivstation liegen, psychotherapeutische Kriseninterventionen durchgeführt, um das Erlebnis der Frühgeburt und die damit verbundenen Traumata zu verarbeiten. Es wird vom

⁴ Dies ist ein gängiger Begriff, wenn von Eltern gesprochen wird, denen eine Frühgeburt widerfahren ist.

Krankenhaus präventiv Hilfestellung angeboten. Weiters gibt es die Möglichkeit an „Frühgeborenen-Eltern-Gruppen“ teilzunehmen. Eltern profitieren am meisten von Betroffenen, die selbst gerade dasselbe durchmachen und von ähnlichen Sorgen gequält werden. Die Hilfe derartiger Gesprächsgruppen für Betroffene ist von unschätzbarem Wert zur positiven Bewältigung der Krise (Hantsche et al 1992, S. 135).

Einigkeit herrscht unter den Ärzten, dass das Kind individuell je nach Gesundheitszustand betreut werden muss, die sogenannte „Känguru-Methode“ oder „känguruen“ jedoch die bestmögliche Therapie für das Frühgeborene darstellt. Hier werden die Kleinen möglichst bald nach der Geburt, sofern es der Gesundheitszustand zulässt, den Eltern auf die nackte Brust gelegt, um die Bindung zu fördern. Als Vorbild dient hier wirklich das australische Känguru, das sein Neugeborenes mit einem Gramm und zwei Zentimetern etwa acht Monate in seinem Beutel behält. Dieses Wissen wurde 1979 in Kolumbien zur Grundlage, um Frühgeborene zu betreuen. Mütter und Kliniken hatten keine Ressourcen und trugen ihre Frühgeborenen unter der Kleidung in aufrechter Haltung zwischen den Brüsten. Bis heute ist die Känguru-Methode weit verbreitet in den Neonatologieintensivstationen der Welt (Müller-Rieckmann 1993, S. 27). Als Vorreiterin gilt hier auch Dr. Marina Marcovich, die am Mautner Markhof'schen Kinderspital in Wien eine besondere und individuelle, mit unglaublich positiven Ergebnissen belegende, Neonatologieintensivstation führte (Rinnhofer 1995, S. 90ff).

Nachdem das Kind mit etwa 2000 Gramm Körpergewicht aus der Klinik entlassen werden kann, beginnt oftmals ein langer Weg der Therapie. Es ist von essentieller Bedeutung, dass Eltern ihre Kinder zu den geplanten Untersuchungen bringen, da die Aufdeckungswahrscheinlichkeit von Behinderungen oder Entwicklungsstörungen mit zunehmendem Alter des Kindes deutlich zunimmt bzw. wahrscheinlicher wird. Werden Auffälligkeiten nicht rechtzeitig entdeckt und therapiert, kommt es zu Verhaltensstörungen und Lernverzögerungen (Schmutzler 2006, S. 50). Eltern haben neben der Therapie im Krankenhaus auch die Möglichkeit, mobile Frühförderung für sich und ihr Kind zu beanspruchen. Ein ausgebildeter Mitarbeiter besucht die Familie und hat die Möglichkeit das entwicklungsverzögerte Kind in seinem Umfeld zu therapieren und gleichzeitig den Eltern Hilfestellungen anzubieten. Frühförderung setzt allerdings nicht ausschließlich an der Behinderung an, sondern Kind,

Entwicklungsauffälligkeit und Familie werden berücksichtigt. Adressat von Frühförderung ist also das Kind mit seiner Entwicklungsverzögerung innerhalb der Familie (Weiß 1983, S. 46).

Nachdem der Forschungsstand umfassend dargestellt wurde, wird nun explizit auf die Forschungslücke hingewiesen, deren Bearbeitung sich die geplante Diplomarbeit widmen wird.

Forschungsfrage

Aus diesen, nicht unwichtigen Aspekten des emotionalen Heilungsprozesses für Mutter und Kind, lässt sich folgende Forschungsfrage generieren:

Welche Auswirkungen hat die Frühtherapie auf die Mutter-Kind-Beziehung?

Für die Bearbeitung der Fragestellung sind weitere Subfragen von hoher Wichtigkeit und Interesse:

1. Sind Eltern nach einem dramatischen Ereignis wie der Frühgeburt ihres Kindes in der Lage, für sich und das Kind Hilfe in Anspruch zu nehmen?
2. Sind sie in der Lage, Hilfe in Form von psychologischer Betreuung für sich selbst und Frühtherapie für das Baby anzunehmen?
3. Ist das erwähnte Angebot ausreichend vorhanden?

Die Autorin wird auf die genannten Fragen gezielte Antworten in der Diplomarbeit liefern, die im Theorieteil, sowie im umfassenden empirischen Teil erläutert werden.

Aufbau und Gliederung der Diplomarbeit

Die Arbeit wird sich in zwei theoretische Teile und einen dritten umfangreichen empirischen Teil gliedern.

Das erste Kapitel wird sich mit der Frühgeburt, den körperlichen sowie psychischen Ursachen, die zur Frühgeburt führen, Statistiken, Zahlen und Fakten sowie den Begleiterscheinungen der Frühgeburt wie Intensivtherapie und Bindungsverhalten beschäftigen.

Das zweite Kapitel wird sich mit den Aktivitäten nach der Frühgeburt auseinandersetzen, die dazu beitragen, das Ereignis zu bewältigen. Dazu zählen einerseits die psychologische Betreuung der Eltern, sowie die Therapie des Kindes nach dem Krankenhausaufenthalt. Für den Theorieteil werden Literaturquellen aus Monographien, Sammelwerken, Zeitschriftenaufsätzen, Internetartikeln und medizinische Studien herangezogen. Die Literaturrecherche dafür findet an der UBW, den Fachbereichsbibliotheken, den städtischen Büchereien Wien, dem Internet sowie den Literaturdatenbanken Fis Bildung und Psynindex statt.

Das dritte Kapitel wird den empirischen Teil der Infant Observation umfassen. Hier werden die zuvor im Theorieteil diskutierten Inhalte mit den Beobachtungsprotokollen in Verbindung gebracht und diskutiert. Vorerst wird das Forschungsdesign vorgestellt. Danach werden die Ergebnisse theoriegeleitet dargestellt. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst, interpretiert, diskutiert und die bildungswissenschaftliche Disziplin eingeordnet. Ein Ausblickskapitel wird Auskunft darüber geben, welche Aspekte auf dem beforschten Gebiet noch interessant zu betrachten wären.

I. Theoretischer Teil

1 Frühgeburt und Frühgeborene

Nachdem ich kurz skizziert habe, wovon die vorliegende Diplomarbeit handeln wird, möchte ich beginnen, detailliert den Theorieteil darzustellen, der für die anschließende empirische Forschung Diskussionsgrundlage ist.

1.1 Definition von Frühgeborenen

Eine normale Schwangerschaft dauert in der Regel 40 Wochen, gemessen vom ersten Tag der letzten Periode. Das durchschnittliche Gewicht eines Neugeborenen beträgt in etwa 3500 Gramm und die Größe rund 50 Zentimeter. (Sommerhoff 1993, S. 55) Alle Kinder, die vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) (weniger als 260 Tage) geboren werden, sind Frühgeborene. Säuglinge, deren Geburtsgewicht unter 2500 Gramm liegt, zählen auch zu den Frühgeburten. Diese Definition stammt von der Weltgesundheitsversammlung des Jahres 1948.



Abb. 1

(Helmer 2007, S. 7) Der Prozentsatz jener Kinder, die zu früh zur Welt kommen, liegt im deutschsprachigen Raum bei ca. 6 bis 7 Prozent. Davon beträgt der Anteil der Kinder, die weniger als 1500 Gramm wiegen, ca. 1 bis 1,5 Prozent. Diese Zahlen haben sich in den letzten Jahren, trotz verbesserter medizinischer Möglichkeiten nicht wirklich geändert. Trotz intensiver Anstrengung zur Prävention der Frühgeburtenrate, ist in Österreich sowie international seit Mitte der 90er Jahre ein leichter Anstieg der Frühgeburlichkeit zu verzeichnen. (Pfeifenberger-Lamprecht 1999, S. 3).

Frühgeborene werden sowohl nach Geburtsgewicht, als auch nach Gestationsalter aufgeschlüsselt:

Frühchen werden in *very low birthweight infants*, sehr niedriges Geburtsgewicht bis etwa 1500 Gramm und *extremely low birthweight infants*, extrem niedriges Geburtsgewicht unter 1000 Gramm eingeteilt. Ein Neugeborenes mit *extremer Unreife* liegt dann vor, wenn es vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren wird. Die vierte Kategorie bilden *die sonstigen vor dem Termin geborenen* Säuglinge, die von der 28. bis zur 36. SSW geboren werden. (Helmer 2007, S. 7)

Reale Überlebenschancen, ohne erhebliche Behinderungen, sind erst ab der 24. SSW zu erwarten. Mit 24 SSW liegen die Überlebenschancen bei ca. 50 bis 60 Prozent, mit 25 SSW bei 70 bis 80 Prozent. Bei Kindern, die in oder vor der 24 SSW geboren werden, muss bei zwei Drittel bis drei Viertel der Frühchen von schweren und bleibenden Beeinträchtigungen ausgegangen werden. (Garbe 2002, S. 47f) Viel entscheidender als das Gewicht des Frühchens ist, vor diesem Hintergrund, die Dauer der Schwangerschaft für dessen Überlebenschancen. So ist die Chance zu überleben, für ein Frühgeborenes, das in der 28. SSW geboren wird, dreimal so hoch, als für ein Frühchen, das in der 27. SSW geboren wird. Das Risiko von schweren Folgeschäden und Behinderungen verringert sich mit jedem Tag, den das Baby noch länger im Mutterbauch bleiben kann. (Sommerhoff 1993, S. 55)

1.1.1 Definition Fehlgeburt

Eine Fehlgeburt liegt vor, wenn bei einem Fetus weder die Atmung eingesetzt hat, noch irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist und das Geburtsgewicht unter 500 Gramm liegt. (Helmer 2007, S. 8; Weber 2000, S.403)

1.1.2 Definition Totgeburt

Als Totgeburt oder während der Geburt verstorben gelten jene Säuglinge, die nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib weder atmen, noch sonstige Lebenszeichen erkennen lassen und ein Geburtsgewicht von 500 Gramm übersteigen. (Helmer 2007, S. 8; Weber 2000, S. 401)

1.1.3 Definition Lebendgeburt

Um eine Lebendgeburt handelt es sich, wenn nach der Trennung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Haben auch nur für eine kurze Zeit solche Vitalzeichen bestanden, so gilt dieser Säugling unabhängig von Alter und Gewicht trotzdem als Lebendgeburt. (Weber 2000, S. 400)

1.2 Lungenreifung

Eine sehr erhebliche Komplikation für Frühgeborene stellt die Unreife ihrer Lunge zum Zeitpunkt des Blasensprungs dar. Das Medikament Surfactant vermindert die Oberflächenspannung der Lungenbläschen, verbessert den Sekrettransport und stabilisiert die Bronchien. Es ist für das selbständige Atmen unverzichtbar. Ein Fetus produziert frühestens ab der 25. SSW Surfactant, ausreichend ist die Produktion hingegen erst ab der 36. SSW. Die Ärzte müssen also noch vor der Geburt eine Lungenreifung durchführen, um dem ungeborenen Kind das Atmen zu ermöglichen. (Eine künstliche Beatmung ist nicht wünschenswert, worauf an späterer Stelle genauer eingegangen wird. Siehe 1.4) Über das Blut der Mutter wird dem Fetus Surfactant, gewonnen aus Schweine- oder Kälberlungen, zugeführt, wodurch in 24 bis 48 Stunden eine rasche Lungenreifung voran getrieben wird. (Pfeifenberger-Lamprecht 1999, S. 3) Ohne Surfactant würde die Lunge in der Ausatemphase in sich zusammenfallen und die Sauerstoffaufnahme wäre stark vermindert. Die Surfactantbehandlung findet spätestens 24 Stunden vor der geplanten Frühgeburt statt. Dadurch wird die Ausreifung der Lunge um durchschnittlich zwei Schwangerschaftswochen beschleunigt. (Jorch 2006, S. 114) Die Anwendung von

zusätzlichem Sauerstoff nach der Geburt ist meist problematisch, da es zu Hirnblutungen kommen kann. Die Konzentration sollte möglichst niedrig dosiert sein und nur ein kurzes Zeitintervall betreffen. Die zusätzliche Beatmung erfolgt, falls erforderlich, über einen dünnen Schlauch, der über die Nase in den Rachenraum geführt wird. Im schlimmsten Fall ist es nötig das Frühgeborene zu intubieren, das heißt, dass ein Schlauch in die Luftröhre gelegt werden muss. Die Nebenwirkungen sind nicht unerheblich, da es zu einer Veränderung des Augenhintergrundes und zu einem überschießenden Wachstum der Blutgefäße im Auge kommen kann, was schließlich zu einer Ablösung der Netzhaut und in späterer Folge Erblindung führen kann. Eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung ist bereits auf der Neonatologiestation von großer Wichtigkeit. Weiters besteht bei der künstlichen Beatmung die Gefahr, dass sich das Frühgeborene gegen die Beatmung wehrt und in Folge Lungenbläschen platzen. (Garbe 2002, S. 72f)

1.3 Die Geburt

Die vorzeitige Geburt ist ein unerwartetes Schockerlebnis für die Eltern, wobei das Ausmaß der Unreife, die Lebensgefährdung des Säuglings, das Vorhandensein eventueller Fehlbildungen oder Erkrankungen, die Art und der Ablauf der Geburt selbst, sowie psychische und körperliche Erschöpfung auf Seiten der Mutter und des Vaters, den Grad der Traumatisierung beeinflussen. (Hantsche et al 1992, S. 131)

Nachdem die Lungenreifung voran getrieben wurde, muss das Frühchen, sofern die Wehen nicht mehr medikamentös verhindert werden können, zur Welt gebracht werden. Schonender scheint hier im ersten Moment der Kaiserschnitt, welcher in den meisten Fällen, sofern die Geburt nicht schon zu weit voran geschritten ist, auch praktiziert wird.

Dr. Marina Marcovich, eine österreichische Koryphäe auf dem Gebiet der Neonatologie, plädiert dafür, nach Möglichkeit eine natürliche Geburt zumindest zu versuchen. Kaiserschnittkinder haben ihrer Meinung nach gegenüber natürlich geborenen Kindern einige Nachteile. Kaiserschnittkinder weisen einen erhöhten Sauerstoffmangel, durch die Rückenlage der Mutter auf dem Operationstisch auf. Weiters wurden einige Blutstoffe wie Serumeiweiß und Serumcalcium bei Kaiserschnittkindern vermindert gefunden. Kinder, die ohne vorangegangene

Wehentätigkeit per Kaiserschnitt geboren werden, weisen niedrigere Zuckerwerte auf. Die fehlenden, bei natürlichen Geburten durch die Wehen ausgelösten Hormone, führen nicht selten zu dem sogenannten „Kaiserschnitt-Schock-Syndrom“. Bei einer spontanen Geburt produziert der Körper der Mutter Hormone, welche die Reifung der kindlichen Niere und Leber fördern. Weiters führen Wehen zu einer intensiven Massage im Geburtskanal, welche das Nervensystem, die Atmung, sowie die Reflexe zusätzlich stimulieren und in Gang bringen. Kaiserschnittkinder müssen meist nach der Geburt abgesaugt werden, während natürlich geborene Kinder die Flüssigkeit aus den Lungen im Geburtskanal heraus gepresst bekommen. (De Jong, Marcovich 2008, S. 43f)

Dieser Meinung sind bisher nur sehr wenige Mediziner. Die Mehrzahl ist für einen schonenden und komplikationsfreieren Weg, das Frühgeborene zu entbinden, um etwaige lebensrettende Maßnahmen sofort tätigen zu können. So schreibt Sommerhoff (1993), dass Belastungen so weit wie möglich reduziert werden sollen und nach Möglichkeit mittels Kaiserschnitt entbunden werden sollte. (S. 63) Auch Müller-Rieckmann (1993, S. 19) schreibt:

„Nicht selten wird die Geburt eines sehr kleinen Kindes schonend und für das Kind möglichst stressfrei durch eine Kaiserschnittentbindung, eine operative Entbindung, durchgeführt.“ (ebd.)

Ein erheblicher Nachteil, der sich für die Mutter durch den Kaiserschnitt ergibt, ist jener, dass sie in den meisten Fällen nicht bei Bewusstsein ist und daher ihr Kind nicht sofort sehen kann. Dadurch erwacht sie „leer“ aus der Narkose und ihr Kind befindet sich schlimmsten Falls vielleicht sogar in einem anderen Krankenhaus, welches unter Umständen eine bessere Neonatologieintensivstation aufweist. Der Vater darf das Kind zwar sofort sehen, kann sich allerdings bis die Mutter fit genug ist, den Weg zu ihrem Kind anzutreten, nur auf Erzählungen über das gemeinsame Neugeborene und Fotos beschränken. Väter liefern oft die abgepumpte Milch zum Kind in die Intensivstation. (Garbe 2002, S. 55)

Mütter frühgeborener Kinder weisen nach der Geburt meist ambivalente Gefühle auf. Es überwiegen Angst und Verzweiflung. Glück, Stolz und Freude, welche bei Müttern termingeborener Babys vorherrschen, sind eher reduziert oder fehlen ganz. (Hantsche et al 1992, S. 131)

1.4 Die Neonatologieintensivstation



Nachdem das Frühchen geboren wurde, beginnen die Ärzte unmittelbar damit es zu versorgen. Es wird in warme Tücher gehüllt, nötigenfalls abgesaugt und sobald es stabil ist, mittels Transportinkubator in die Kinderabteilung gebracht. Dort bezieht es für die nächsten Wochen den Inkubator

Abb. 2 (Brutkasten). Dem Frühchen wird

eine Infusion gesetzt und gleichzeitig dabei Blut entnommen, um den Salz- und Zuckergehalt, sowie weiße und rote Blutkörperchen zu bestimmen. Weitere Untersuchungen sollen nur durchgeführt werden, falls es der Gesundheitszustand erfordert. Anschließend werden dem Frühchen Elektroden auf den Körper geklebt, um Atem- und Herzaktivitäten überprüfen zu können. (Garbe 2002 S. 52) Das Baby liegt gleichmäßig warm, bei richtigem Feuchtigkeitsgehalt, locker gewickelt und mit nacktem Oberkörper meist auf einem Fellchen. Der Inkubator ist durchsichtig, damit das Kind jederzeit beobachtet werden kann. (Müller-Rieckmann 1993, S. 19)

„Das Ziel neonatologischer Intensivmedizin besteht einerseits darin, das körperlich unversehrte Überleben der Frühgeborenen mit allen Möglichkeiten der heutigen Intensivmedizin zu sichern und andererseits der Prävention psychosozialer Probleme, die sich aus der Trennung von Mutter bzw. Familie und Kind ergeben, größte Aufmerksamkeit zu schenken.“ (Uhlemann et al 2000, S.359)

Die Neonatologie, insbesondere die neonatologische Intensivpflege, hat in den letzten zwanzig Jahren eine enorme Weiterentwicklung mit sich gebracht. Als Vorreiterin gilt hier auch Dr. Marina Marcovich, die am Mautner Markhof'schen Kinderspital in Wien eine besondere und individuelle, mit sehr positiven Ergebnissen belegende, Neonatologieintensivstation führte (Rinnhofer 1995, S. 90ff).

Dr. Marina Marcovich prägte den Begriff der „sanften Pflege“, welcher bedeuten soll, dass die kleinen Wesen nicht nur technischer und medizinischer Hilfen bedürfen, sondern auch in hohem Maß menschliche Zuwendung und Rücksichtnahme brauchen. Neben den medizinisch notwendigen Therapien sowie ernähren, baden,

wickeln, wiegen, messen etc. soll versucht werden, den Stresspegel des Neugeborenen so gering wie möglich zu halten. Vor allem sollen nur unbedingt notwendige Untersuchungen durchgeführt werden. Weiters ist ein unbedingtes Ziel, aus den bereits erklärten Gründen, den Sauerstoffbedarf in jeder Hinsicht zu minimieren. Zwei bis drei Stunden nach der Geburt wird mit oraler Ernährung begonnen. Verabreicht wird 10 Prozent Glukose und Muttermilch, sobald vorhanden. (Marcovich 1995 S. 179f) Für Stressreduktion plädieren auch Uhlemann et al (2000, S. 361) und sie teilen die Meinung von Dr. Marcovich.

Vor der Verlegung auf die Intensivstation sollen noch die Eltern bzw. der Vater ausführlich über den Gesundheitszustand des Frühchens informiert werden. Durch die Beschränkung auf unbedingt notwendige Handgriffe wird schnell eine ruhige Atmosphäre geschaffen, die sich günstig auf die Gesamtsituation auswirkt. Lange herrschte Uneinigkeit ob Frühgeborene überhaupt ein Schmerzempfinden haben. So wurden beispielsweise Operationen ohne Narkose durchgeführt. Heute weiß die Medizin, dass bereits in der 22. SSW die anatomischen Anforderungen für die Wahrnehmung von Schmerzen vorhanden sind. Schmerzempfinden äußert sich durch den Anstieg von Stresshormonen sowie den Anstieg der Herz- und Atemfrequenz. Grelles Licht sowie hohe Lärmpegel sollen vermieden werden, weil beides wieder zu Stress beim Frühchen führt. (ebd.) Das unreife Gehirn wird mit Reizen überflutet, die es nicht zuordnen und verarbeiten kann. (De Jong, Marcovich 2008, S.57)

Durch eine sorgfältige Beobachtung des Kindes können Eingriffe reduziert oder ganz vermieden werden. Es konnten laut Porz (1995, S.187) die Rate der Beatmungen bzw. die Beatmungsdauer deutlich reduziert werden bei gleichzeitigem Rückgang der Sterblichkeitsrate. (ebd.)

Das Neugeborene, auch wenn es ein Frühchen ist, gehört seinen Eltern und diese müssen an der Verantwortung für dessen Wohlergehen teilhaben. Sie sollten zu häufigen Besuchen ermutigt werden. Deshalb soll es auch keine Einschränkung für Besuchszeit oder –dauer für die Eltern geben. In besonders problematischen Situationen sollten Eltern die Möglichkeit bekommen, auf der Neonatologieintensivpflegestation zu übernachten. Die Eltern sind gute Beobachter, deshalb sollte jede Veränderung, die den Eltern auffällt von den Ärzten und Schwestern auch ernst genommen werden. (Wille, Obladen 1978, S. 289f)

Agathe Israel (2008, S. 25) drückte die Beobachtung eines frühgeborenen Säuglings auf einer Intensivstation und die dabei gewonnenen Eindrücke so aus:

„Oft liegen Entsetzen, Hoffnung und Erleichterung nahe beieinander, wenn man spürt, wie einsam es seinen ständig wechselnden Zuständen ausgeliefert ist, wie intensiv es nach menschlichem Kontakt sucht und wie belebend im wahrsten Sinne des Wortes sich Verbindungen auswirken.“ (ebd.)

1.5 Die Känguru Methode

1.5.1 Känguru – Pflege oder „känguruen“

Seit einigen Jahren hat sich die Meinung auf den Neonatologieintensivstationen geändert, dass die Frühgeborenen nicht aus dem Inkubator genommen werden sollen, weil ein viel zu hohes Infektionsrisiko bestünde. Die Känguru-Methode wird mittlerweile gänzlich anerkannt und auch eingesetzt. Dabei bekommt die Mutter oder der Vater das Frühchen, sobald es stabil genug ist, auf die nackte Brust gelegt.

Eine Mutter beschreibt diesen ersten intensiven Hautkontakt:

„Heute weiß ich, wie wichtig und entscheidend dieses ‚Auf-die-Brust-Legen‘ für Ingo, mich selbst und den Aufbau einer ungestörten, natürlichen und starken Mutter-Kind-Beziehung war. Ohne die Wichtigkeit auch nur im Geringsten zu übertreiben, kann ich sagen, dass sich wirklich ab dieser Sekunde meine gesamte Gefühlswelt, mein Fühlen und Denken auf Muttersein und die Akzeptanz dieses speziellen Kindes einstellte.“ (Rinnhofer 1995, S. 90f)

Dies setzt voraus, dass Eltern unbegrenzt bei ihrem Kind anwesend sein können, es streicheln oder eben sogar auf die Brust gelegt bekommen. Zusätzlich wird dabei, wegen des hohen Temperaturverlustes außerhalb des Inkubators eine Wärmeplatte oder ein Fell verwendet, um den Winzlingen die Wärme zu erhalten. Die Känguru-Pflege fördert erwiesener Maßen den Eltern-Kind-Kontakt und vermindert die Häufigkeiten von Apnoen (Atemstillstand) und Bradykardien (verlangsamte Herzstätigkeit). Das Getragenwerden fördert gleichzeitig den Gleichgewichtssinn. (Porz 1995, S. 196)

Uhlemann et al (2000, S. 368) sind der Meinung, dass die Känguru-Pflege fünf Funktionen auf ideale Weise vereint:

1. Die Stimulation verschiedener Sinne des Frühgeborenen durch Streicheln der Haut, durch Reden mit dem Baby, durch den Geruch der Mutter, den Herzschlag der Mutter und der Gleichgewichtssinn durch die Bewegung.
2. Der probiotische Effekt durch den Kontakt mit den Keimen der Mutter.
3. Die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung durch den Körperkontakt.
4. Die Förderung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls der Eltern, weil sie für ihr Kind Verantwortung übernehmen und bei der Pflege helfen dürfen.
5. Die Unterstützung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Eltern.
(ebd.)

Durch die Känguru-Methode kann die Mutter das Kind wieder auf dem Bauch bzw. der Brust tragen und spüren. Es werden wieder Anschluss gefunden und Gefühle kompensiert. Diese sehr starken Muttergefühle übertragen sich danach auch auf das „Sehen“. Allerdings sind nicht nur Mütter begeistert, sondern auch Väter geraten ins Schwärmen, wenn sie ihr winziges Baby auf der Brust halten dürfen. Eine starke Wirkung lässt sich auch bei den Babys erkennen. Meist werden sie ruhiger, brauchen weniger Sauerstoff und der Allgemeinzustand bessert sich. Als weiterer wichtiger Aspekt wird das „*Whose Baby Syndrom*“, welches auf Ernest Freud zurück geht, gemildert. Hier ist gemeint, dass die Mutter stark eifersüchtige Gefühle gegenüber dem Pflegepersonal, insbesondere den Schwestern, entwickelt, weil sie selbst nicht 24 Stunden bei ihrem Kind sein kann. Durch die enge körperliche Bindung und den Hautkontakt werden Mutter und Kind wieder vereint. (De Jong, Marcovich 2008, S. 28f) Dieser innige Hautkontakt führt bei den Eltern in der Regel zu einer Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Kind, was in weiterer Folge zu einer Übernahme der Pflegemaßnahmen wie nähren, wickeln, baden oder Temperaturkontrolle resultiert. Gerade in der schwierigen Zeit, in der die Eltern zu Hause auf ihr Kind warten müssen, stellen diese Tätigkeiten eine Überbrückungshilfe dar, bis der Zeitpunkt der Entlassung gekommen ist. (Marcovich 1995, S. 183)

1.5.2 Der Ursprung der Känguru-Methode

Als Vorbild für die Känguru-Methode dienten die in Australien lebenden Kängurus, die ihre extrem früh und unreif geborenen Jungen, mit nur etwa 1 Gramm und 2 Zentimeter, für zwei bis fünf Monate in ihrem Beutel behalten. Dieses Wissen um das Verhalten des Kängurus machten sich Kinderärzte 1979 in Bogota/Kolumbien zu Nutze, um Frühgeborene zu betreuen. Weil die technischen Voraussetzungen fehlten und zu wenig Personal in den Krankenhäusern vorhanden war, wurde ein Heimpflegeprogramm für Frühgeborene entwickelt. Die Mütter trugen die Frühchen unter der Kleidung in aufrechter Haltung zwischen den Brüsten. Der Rücken des Babys war durch die Kleidung bedeckt, es war locker gewickelt und das Köpfchen wurde mit einer Mütze, zur Wärmeerhaltung, bedeckt. Die Känguru-Methode ist erwiesenermaßen eine gute Methode um Frühgeborenen den Lebensstart und ihren Eltern das Getrenntsein, durch den engen Hautkontakt zu erleichtern. Das Frühchen kann traumatische Erfahrungen wie Schmerzen und unangenehme Behandlungen leichter überwinden. (Müller-Rieckmann 1993, S. 27)

1.6 Ursachen der Frühgeburt

Als Ursachen für Frühgeburten finden sich in der Literatur unterschiedlichste Gründe, wobei die Autoren ihre Schwerpunkte wie folgt zuteilen:

Viehweg (2000, S. 145) ordnet die Mehrzahl aller Frühgeburten folgenden Störungen zu:

- Infektionen
- Plazentastörungen
- Fetale Pathologien
- Uteruspathologien
- Mehrlingsschwangerschaften (ebd.)

1.6.1 Infektionen

Infektionen im mütterlichen Genitalbereich und die damit verbundene vorzeitige Wehentätigkeit bzw. vorzeitiger Blasensprung wird inzwischen weitgehend akzeptiert und als Ursache für Frühgeburten anerkannt. (ebd.) Die häufigste genitale Infektion stellt hier die bakterielle Vaginose dar. Die Schwangere sollte zwei Mal wöchentlich bei sich selbst den Scheiden pH Wert messen. Die Teststreifen dafür sind in der Apotheke erhältlich. Der pH Wert sollte zwischen 4 und 4,4 liegen. Liegt er darüber besteht das Risiko einer Frühgeburt. Schwangere, die aus diesem Grund bereits mehrere Fehlgeburten oder Frühgeburten erlitten haben, sollten in Erwägung ziehen einen Muttermundverschluss durchführen zu lassen. (Saling et al 2000, S. 154)

1.6.2 Plazentastörungen

Im Zusammenhang von Plazentastörungen ist besonders auf das Risiko sehr früher Frühgeburten, mit einem Gestationsalter von weniger als 29 Wochen hinzuweisen. Weiters treten bei Plazentastörungen häufig Blutungen in der Schwangerschaft auf. (Viehweg 2000, S. 143)

1.6.3 Fetale Pathologie und Uteruspathologie

Zu fetalen Pathologien zählen Fehlbildungen, Chromosomenanomalien und Alloimmunopathien. Zu Uteruspathologien zählen Fehlbildungen des Uterus, Myome (gutartige Gebärmutterwucherungen) und die Zervixinsuffizienz. (Viehweg 2000, S. 143)

1.6.4 Mehrlingsschwangerschaften

Das Frühgeburtenrisiko ist bei Mehrlingsschwangerschaften im Vergleich zu Einlingsschwangerschaften 10 Mal höher. (Viehweg 2000, S. 145)

Schmutzler (2006, S.41f) erwähnt in diesem Zusammenhang noch weitere Ursachen, die zu einer Frühgeburt führen können. Er unterteilt in mütterliche und fetale Ursachen sowie Umweltfaktoren:

1.6.5 Mütterliche Ursachen

- Lebensalter
- Parität (Die Gesamtzahl der Geburten einer Frau)
- Körperliche Kondition
- Cervixinsuffizienz (Gebärmutterhalsschwäche)
- Ernährung
- Rauchen
- Schwangerschaftsgestose (schwangerschaftsbedingte Krankheiten deren Ursache unklar ist)
- Infektionskrankheiten
- Gynäkologische Vorerkrankungen
- Organ-Anomalien

1.6.6 Fetale Ursachen

- Missbildung
- Mehrlingsschwangerschaften
- Plazentaanomalien

1.6.7 Umweltfaktoren

- Soziale Verhältnisse
- Reisen
- Klimatische Änderungen
- Umzüge
- Arbeitsüberlastung
- Psychische Überlastung

Schmutzler beschreibt auch die negativen Folgen von Giften in der Schwangerschaft. Dazu zählen Alkohol, Nikotin, Koffein und Drogen. Weiters macht er auf die negativen Auswirkungen von Angst und Stress während der Schwangerschaft aufmerksam. Stress kann Gehirnschäden, Epilepsie sowie Lern- und Verhaltensprobleme beim Kind bewirken. Angst kann zu Autismus, verminderten Widerstand gegen Infektionen und Übererregbarkeit im Säuglingsalter führen. (ebd.)

Müller-Rieckmann (1993, S. 14) hat ebenfalls über die Ursachen von Frühgeburten geschrieben. Sie unterteilt in mütterlicherseits und kindlicherseits. Mütterlicherseits können Allgemeinkrankheiten wie Infektionen, Gestose, Anämie, Herzerkrankungen oder Diabetes zu einer Frühgeburt führen. Weiters zählt sie psychosoziale Belastungen wie Stress, schwere Arbeit und Partnerlosigkeit sowie Nikotin, Alkohol oder Drogen als Ursachen für Frühgeburtslichkeit auf. Anomale Erkrankungen der Gebärgorgane sowie Mehrlingsschwangerschaften und das Alter der Mutter mit unter 16 Jahren bzw. über 35 Jahren können weitere Auslöser einer Frühgeburt sein.

Kindlicherseits zählt Müller-Rieckmann Infektionen und Fehlbildungen aller Art als Ursachen für Frühgeburten auf. (ebd.)

1.6.8 Jugendliche Elternschaft

Gloger-Tippelt (1988, S. 118) hat spezielle Überlegungen zum Alter der Eltern während der Schwangerschaft angestellt. So zählen jugendliche Eltern zu den Problemgruppen. Die Partnerschaften sind oft unzureichend gefestigt. Weiters haben jugendliche Mütter größere medizinische Risiken durch schlechte Ernährungsgewohnheiten, ungünstiges Gesundheitsverhalten wie Rauchen und Trinken. Es kommt vermehrt zu Geburtskomplikationen durch ein Mißverhältnis des Beckens der Mutter und des Kopfes des Kindes, sowie eine erhöhte perinatale Sterblichkeit. Durch gute medizinische und psychosoziale Unterstützung und Betreuung können diese Risiken erheblich gesenkt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei jugendlichen Eltern stellt die noch nicht abgeschlossene Entwicklungsaufgabe des Jugendalters dar. Hierzu zählen die Loslösung von den eigenen Eltern, die Geschlechterrollendefinierung, der Aufbau einer Partnerschaft oder der Abschluss einer Berufsausbildung. Durch diese Anforderungen kann das

jugendliche Elternpaar überfordert und in seiner eigenen Entwicklung beeinträchtigt sein. Weiters erschweren die Zentrierung auf das eigene Erleben und die Neigung zur Selbstüberschätzung die Aufnahme einer Beziehung zum Kind. Jugendliche Mütter stehen unter einem enormen Druck, ob sie das Kind bekommen oder abtreiben sollen. Sie müssen sich mit den Veränderungen des Körpers auseinandersetzen, obwohl sie ohnehin oft sehr unsicher in Bezug auf ihren Körper sind. Oft findet durch die Schwangerschaft eine Isolierung von den Altersgenossen statt. Jugendliche nehmen seltener fachärztliche Betreuung in Anspruch, sie gehen seltener in Geburtsvorbereitungskurse und wollen selten psychologische Vorbereitung auf die Geburt. Insgesamt sind jugendliche Eltern einer Vielzahl von Entscheidungen ausgesetzt, die sie zu dem Zeitpunkt noch schwer treffen können (ebd.).

1.6.9 Späte Elternschaft

Der sehr frühen Elternschaft steht die späte Elternschaft als Frühgeburtsrisiko gegenüber. Als späte Eltern zählen Frauen, die älter als 35 Jahre sind. Als Ursachen für späte Elternschaft werden biologische, psychologische, soziale und ökonomische Ursachen angeführt. Die Ausgangssituation von Paaren später Elternschaft ist sehr einheitlich. Durch das relativ hohe Alter der Frau steigt das Risiko einer genetischen Fehlbildung des Kindes, einer höheren Fehlgeburtenrate und von mehr Gestosen. Durch die emotionale Reife der Frau und die bereits bewältigten Entwicklungsaufgaben bis ins Erwachsenenalter stehen hier jedoch günstige Voraussetzungen für die Elternschaft zur Verfügung. Es wäre also zu erwarten, dass späte Mütter weniger verunsichert sind, als sehr junge. Allerdings müssen sich späte Eltern mit der Angst und der Sorge um den Gesundheitszustand des ungeborenen Kindes auseinandersetzen. Dies resultiert aus dem Wissen über die Risiken einer späten Schwangerschaft. Solche Paare bemühen sich in den meisten Fällen um eine ausgezeichnete ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft. Es treten vermehrt medizinische Risiken während des Geburtsprozesses und beim Neugeborenen auf, die Mortalitätsrate der Babys ist erhöht. Die Phase der Erschöpfung nach der Geburt ist für die Frau verstärkt und verlängert. Nach der Freude über ein gesundes Baby berichten Frauen, die stark in das Berufsleben involviert waren, nach einigen Monaten von ambivalenten Gefühlen bei der

Umstellung und Versorgung des Säuglings und die damit einhergehende Beschränkung auf die häusliche Umgebung. (Gloger-Tippelt 1988, S. 122f)

Hand in Hand mit den Ursachen der Frühgeburt geht die Prävention der Frühgeburt, die auf eine Identifikation der Risikogruppe sowie die frühzeitige Erkennung von Zeichen einer drohenden Frühgeburt zielen muss. (Viehweg 2000, S. 138)

1.7 Auswirkungen der Frühgeburt auf die Kinder

Aktuelle Forschungen weisen darauf hin, dass eine zu frühe Geburt ein Risikofaktor für die weitere Entwicklung eines Kindes darstellt. (Hampel et al 2007, S. 220) Frühgeborene sind aufgrund ihrer kurzen Austragungszeit kleiner und leichter als termingeborene Babys. Ihnen fehlen Fettpölsterchen, die Haut ist durchsichtig und leicht gerötet, der Körper kann mit feinen wolligen Haaren bedeckt sein, sie fallen durch unregelmäßige Atmung auf, die Körpertemperatur kann schwanken, eine kräftige Faust mit eingeschlagenem Daumen ist an den Händen zu sehen und die Suche nach dem Mund, sowie Saug- und Schluckreflex sind schwächer ausgebildet. Frühgeborene können eine Vielzahl von klinischen Problemen bekommen. Hypothermie, Atemstörungen, eine offene Verbindung zwischen Lungen- und Körperschlagader, Störungen des zentralen Nervensystems, psychosomatische Störungen, Magen- und Darmerkrankungen, Leberunreife, Nierenunreife, Infektionsneigung, Anämie, Schock oder Blutungen sind die häufigsten Folgekrankheiten mit denen Frühchen zu kämpfen haben. (Müller-Rieckmann 1993, S. 14) Besonders extrem früh geborene Kinder erzielen später schlechte Ergebnisse in Entwicklungstests und der Schule. So ist die Ausreifung des Gehirns nicht nur verzögert, sondern nachhaltig verändert und die Kinder haben Probleme in der ganzheitlichen Informationsverarbeitung. Sie weisen öfter schwere motorische Störungen auf, auch das Sprachvermögen ist bei Frühgeborenen oft beeinträchtigt. Es treten häufig Probleme beim Sprechen, Lesen oder Schreiben auf, was in weiterer Folge Auswirkungen auf die schulischen Leistungen hat. Frühgeborene haben im Vergleich zu termingeborenen Kindern Probleme bei der zeitlichen Aufmerksamkeitsspanne. Sie werden vermehrt als schüchtern und gehemmt beschrieben und es lässt sich öfter eine depressive Stimmung feststellen. In diesem Zusammenhang weisen die Autoren auf die Notwendigkeit von gezielter

Frühförderung hin, wobei die psychologische Förderung nicht vernachlässigt werden sollte. (De Jong, Marcovich 2008, S. 83f)

Ein großer Teil der Gehirnentwicklung findet vorgeburtlich statt, obwohl das Gehirn erst mit knapp 40 Jahren seine erwachsene Form erreicht. Bei Frühgeborenen, besonders bei sehr kleinen Frühgeborenen, besteht ein hohes Risiko einer Hirnblutung. Die entwicklungsneurologischen Veränderungen können ein Verschwinden von frühkindlichen, aus der Frühgeburt resultierenden, Dysfunktionen bewirken. Allerdings kann auch das Gegenteil der Fall sein, dass Kinder ohne Anzeichen einer frühkindlichen Dysfunktion plötzlich mit zunehmendem Alter Defizite aufweisen. (Hadders-Algra 2008, S. 37f) Frühgeborene sind oft von Cerebralparese betroffen. Darunter wird eine statische Schädigung des Gehirns vor, während oder kurz nach der Geburt verstanden. Die Schädigung ist irreversibel und führt zu einer Störung des Muskeltonus, welche eine Bewegungsstörung zur Folge hat. Es wird zwischen spastischer, dystoner und hypotoner Cerebralparese unterschieden, wobei die spastische Cerebralparese am häufigsten auftritt. Unter Spastik wird eine pathologische Erhöhung des Muskeltonus verstanden, welche eine erhebliche Funktionseinschränkung zur Folge hat. Das Gehen ist meist deutlich erschwert und kann nur unter schwerer Anstrengung und Schmerzen erfolgen. Cerebralparese ist nicht behandelbar und auch nicht heilbar und schreitet mit zunehmendem Alter voran. Die Behandlung dient einzig der Linderung der Symptome. In der Frühförderung wird versucht, die Babys zu motivieren sich zu bewegen, die Therapie beinhaltet auch Dehnungsübungen. Cerebralparese umfasst häufig vorkommende Begleiterkrankungen wie Epilepsie, Störungen der Intelligenz, Teilleistungsstörungen oder Sprachentwicklungsstörungen. Auch diese Erkrankungen müssen in der Therapie mitberücksichtigt werden. (Waltz 2008, S.78)

Gestationsdauer und Geburtsgewicht stellen Risikofaktoren für die verzögerte Entwicklung eines Kindes dar und dies nicht nur während des Säuglingsalters, sondern bis ins Schulalter hinein. Nicht nur sehr kleine Frühgeborene, sondern auch Frühgeborene über 1500 Gramm weisen oftmals Entwicklungsstörungen im Vorschulalter auf. Frühgeborene weisen in der Schule auch soziale und emotionale Defizite im Vergleich zu termingeborenen Kindern auf. Sie schätzen sich selbst unglücklicher und trauriger ein und ziehen sich öfter aus sozialen Kontakten zurück. Der Grund dafür liegt laut Hamper et al (2007, S. 221) darin, dass die Kinder weniger Hautkontakt mit der Mutter während des Zeitraums der Intensivtherapie hatten.

Insgesamt sind frühgeborene Kinder signifikant häufiger verhaltensauffällig in der Schule, als termingeborene Kinder. Weiters haben Frühgeborene ein höheres Risiko an Zwangsneurosen zu erkranken als termingeborene Kinder. (ebd.)

Das Entwicklungsniveau von Frühgeborenen muss unter dem Aspekt des korrigierten Alters betrachtet werden. Das korrigierte Alter wird berechnet, indem die Differenz aus dem geplanten Geburtstermin und der erreichten Schwangerschaftswoche gebildet wird.

Müller-Rieckmann unterscheidet vier Gruppen von Entwicklungstendenzen Frühgeborener:

1. Gute, spontane Entwicklung
2. Aufholbare Entwicklungsrückstände
3. Kleinere neurologische Abweichungen, leichte Lernbehinderungen
4. Schwere zentralnervöse Störungen wie Behinderungen, die die Lebensführung beeinträchtigen

Untersuchungen ergaben, dass Frühgeborene unter 1000 Gramm zu 20 Prozent schwere Behinderungen hatten. 50 Prozent der Säuglinge hatten Probleme mit aufholbaren Rückständen und 25 Prozent hatten eine gute spontane Entwicklung. (Müller-Rieckmann 1993, S. 23)

1.8 Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern

Der Übergang zur Elternschaft wird durch die zu früh eingetretene Geburt in besonderer Weise erschwert. Die Eltern-Kind-Beziehung wird langfristig beeinträchtigt. Der Beitrag, den die Eltern leisten können, für die langfristige und optimale Entwicklung der Kinder ist hingegen sehr groß. (Gloger-Tippelt 1988, S. 126) Die Frühgeburt wird bei den Eltern als emotionale Krise aufgefasst, in der ein unvorhergesehenes Ereignis, auf welches die Familie psychologisch nicht vorbereitet war, eintritt. Es findet eine zeitlich begrenzte Destabilisierung auf intrapsychischem und interaktionellem Niveau statt, die bis zur Reorganisation von Persönlichkeitsfunktionen und Verhalten anhält. Vom Beginn an bangen die Eltern um ihre Kinder und haben Angst, dass sie starke Schmerzen erleiden müssen oder schlimmsten falls sogar sterben könnten. Die Mütter sind körperlich und psychisch

erschöpft und müssen den Verlust einer freudigen Geburt verarbeiten. Sie müssen sich oft mit Minderwertigkeits-, Schuld-, und Versagensängsten auseinandersetzen, weil sie ihr Baby nicht termingerecht austragen konnten. Beispielsweise weil sie ihrer Empfindung nach während der Schwangerschaft zu egoistisch gehandelt und zu wenig Rücksicht auf das Baby genommen haben. Die Väter pendeln oft zwischen Kinder- und Frauenklinik hin und her und fungieren als Botengänger, Vermittler, Organisator und Unterstützer. Sie neigen dazu, ihre Hilflosigkeit auf die Partnerin zu projizieren. Ältere Geschwister spüren die enorme Aufmerksamkeit, die das frühgeborene Geschwisterchen auf sich zieht und können mit Abneigung, Feindseligkeit, Eifersucht, Hass oder Rivalität reagieren, die wiederum Schuldgefühle bei den älteren Geschwistern nach sich ziehen. (Hantsche et al 1992, S. 130f)

Die Behinderung eines Kindes führt zu einer erheblichen Belastung für die Familie. Sie benötigen umfassende Unterstützung, um die Situation meistern zu können. Damit die Physiotherapie wirksam ist und sich Erfolge einstellen, ist es wichtig, die Möglichkeiten der Eltern und ihre zeitlichen Ressourcen zu kennen und mit zu berücksichtigen. (Waltz 2008, S.78) Eltern haben sich lange auf die Geburt ihres Kindes gefreut. Die zu frühe Geburt stellt einen Schock dar. Wenn das Kind nach der langen Zeit auf der Neonatologieintensivstation endlich nach Hause entlassen werden kann, ist die Freude groß. Doch nach wenigen Tagen und Wochen stellt sich Ernüchterung ein, weil die Belastung für die Familie durch die gesteigerten Bedürfnisse des Kindes enorm ist. Die Eltern versuchen, sich der außergewöhnlichen Situation anzupassen und Lösungen zu finden, den Alltag so gut wie möglich zu meistern. (Müller-Rieckmann 1993, S. 109)

Eine Schweizer Studie von Jenewein et al vom März 2008 hat sich mit der geistigen Gesundheit von Eltern beschäftigt, die ein extremes Frühchen geboren hatten. Sie verglichen Eltern, deren Babys verstarben mit jenen, deren Babys überlebten. Einig sind sich die Autoren darüber, dass eine Frühgeburt einen Langzeiteffekt auf alle Eltern, jene deren Babys sterben genauso wie jene, deren Babys überleben, hat. 40 Prozent der Mütter aus der Studie, deren Babys überlebten, wiesen schwere depressive Symptome auf. Die Ernsthaftigkeit des Zustands des Babys stellt den Indikator für das Ausmaß der Angst und des Stresses bei den Eltern dar. Trotz all der schlimmen Erfahrungen, die solche Eltern durchleben, versucht die Studie auch die positiven Seiten des Ereignisses aufzuzeigen. So haben viele traumatisierte Eltern

nach einiger Zeit positive psychische Veränderungen feststellen können. Hierzu zählen persönliche Stärke, Wertschätzung des Lebens, Überdenken der Beziehungen zu anderen Menschen, Veränderungen in der persönlichen Philosophie und in der Einstellung zum Leben sowie spirituelle Veränderungen. Die Eltern versuchen einen Sinn daraus zu gewinnen, was passiert ist und dies spielt eine Schlüsselrolle dabei, wie die Eltern zur Höchstform auflaufen. Generell fand die Studie heraus, dass Eltern zwei bis sechs Jahre nach der Frühgeburt erstaunlich gute geistige Gesundheit aufwiesen. Sowohl Eltern deren Babys überlebten als auch Eltern, deren Babys starben konnten gut und vernünftig mit der Situation umgehen. Einerseits war das Level der Angst und Depression niedrig, andererseits hatte eine hohe Anzahl von Eltern eine positive posttraumatische Entwicklung. Diese positive Lebensveränderung wurde bei einem hohen Prozentsatz von Müttern festgestellt, deren Babys starben, als bei deren Partnern und bei Eltern, deren Babys nicht starben. (Jenewein et al 2008, S. 53ff)

Die Studie zeigt also, dass Eltern in den meisten Fällen ihr Schicksal annehmen und die positiven Aspekte des schockierenden Ereignisses der Frühgeburt herausfiltern.

1.9 Die Eltern-Kind-Beziehung

Die Entwicklung einer Beziehung zwischen einem Neugeborenen und dessen Eltern wird in der Psychologie von unterschiedlichen Persönlichkeiten differenziert dargestellt. Im Folgenden werden vier dieser Positionen erörtert:

1.9.1 Die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung nach Melanie Klein

Melanie Klein ist der Meinung, dass ein neugeborenes Baby von Geburt an einen rudimentären Ich-Kern besitzt, der zwischen den Zuständen des Zusammengehaltenwerdens und der Desintegration hin und her schwankt. Der Säugling wird von der Angst auseinanderzufallen dominiert, dies erklärt den Wunsch des Babys gehalten zu werden. Es fixiert die Brustwarze oder die Augen der Mutter, um sich ganz gehalten zu fühlen. (Diem-Wille 2003, S. 73)

Klein ist der Ansicht,

„...die infantilen psychotischen Ängste, Mechanismen und Abwehrmethoden des Ichs üben auf sämtliche Aspekte der Entwicklung, einschließlich der Entwicklung des Ichs, des Über-Ichs und der Objektbeziehung, einen tiefgreifenden Einfluß aus.“ (Klein 2000, S. 8)

Objektbeziehungen sind nach Klein von Anfang an beim Neugeborenen vorhanden, wobei das erste Objekt die Mutterbrust darstellt und in eine gute und eine böse Brust gespalten ist. Die gute Brust gibt Milch und befriedigt den Hunger, während die böse Brust versagt und nicht in der Lage ist die Bedürfnisse adäquat zu stillen. Klein teilt die Entwicklung des Neugeborenen in eine paranoid-schizoide Position, deren erfolgreiches Durchlaufen Voraussetzung für die depressive Position ist.

Eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des späteren Ichs stellt die Angstbewältigung dar. Angst ist beim Säugling in vielfältiger Weise vorhanden und wird durch den im Organismus aktiven Todestrieb hervorgerufen. Weitere Quellen der Angst stellen Geburtstraumata sowie die Frustration über körperliche Bedürfnisse wie Hunger oder Schlaf dar und werden von Anfang an empfunden, als würden sie durch Objekte hervorgerufen. Die unumgängliche Notwendigkeit diese Angst zu bewältigen, zwingen das Baby dazu Abwehrmechanismen zu entwickeln. Die Angst wird auf äußere Objekte projiziert. Das erste äußere Objekt stellt nach Melanie Klein die Mutterbrust dar. Im Laufe der normalen Entwicklung lernt der Säugling immer wieder, dass das äußere Objekt gut ist und Befriedigung bringt und er schafft es so langsam, sich aus den schizoiden Zuständen zu befreien. (Klein 2000, S. 8ff)

Auch die Entwicklung eines Gewissens ist Klein zufolge auf die Repräsentanzen der frühesten Beziehungserfahrungen eines Säuglings zu seinen Eltern zurückzuführen. Klein folgt hier Freuds Ansichten und bestätigt dessen Theorie. Die Angst des Kindes verfolgt zu werden, wird durch böse Drachen oder kinderfressende Hexen zum Ausdruck gebracht. Klein ist der Überzeugung, dass die realen Objekte, die sich hinter diesen Märchengestalten verbergen, die eigenen Eltern des Kindes sind und in unterschiedlichster Weise die charakteristischen Merkmale der Mutter oder des Vaters widerspiegeln. (Klein 1996, S 7f) Melanie Klein vertritt hier Freuds Meinung, der postuliert, dass vorerst der Todesinstinkt des Babys nach außen auf ein Objekt reflektiert wird und so besser zu managen wird. (Symington 2002, S. 108)

1.9.2 Die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung nach Esther Bick

Esther Bick war Schülerin von Melanie Klein in London und sehr beeindruckt und beeinflusst durch sie. Während ihrer Zeit in London wurde sie auch mit John Bolwby und dessen Bindungstheorie bekannt. Sie nahm eine eindeutige „Kleinianische Position“ ein und wendete sich von den Ansichten Bolwbys⁵ ab. (Meltzer 2002, S. XXIII)

Esther Bick ist der Ansicht, dass die Gefühle und die Beziehungen der frühen Kindheit sehr unsicher sind und leicht aus der Bahn geworfen werden können durch beispielsweise einen plötzlichen Schock. Sie betrachtet nicht nur die Situation des neugeborenen Babys, sondern geht auch sehr detailliert auf die neue Situation der Mutter ein und versucht diese dadurch besser zu verstehen. Die Mutter verliert bei der Geburt ihre Kompetenz. Sie war es gewohnt in ihrer Arbeit, ihrer Ehe oder ihrem sozialen Leben anerkannt und kompetent zu sein. Nun fühlt sie sich sehr unsicher und fragt sich ob sie eine „zureichend gute“ Mutter ist und ob sie fähig ist ihr Baby zu füttern und zu umsorgen. Mütter sind sehr fixiert auf das Gewicht ihres Babys, weil es ein Indikator dafür ist, dass sie im Stande sind, ihr Baby gut zu versorgen. Wenn das Baby verzweifelt schreit und durch nichts zu beruhigen ist, oder das Baby krank wird, dann fühlt sich die Mutter dafür verantwortlich. Falls der Vater es schafft, das Baby an ihrer Stelle zu beruhigen, ist sie gekränkt. Mütter von Neugeborenen sind in der Regel durch die eben genannten Aspekte Depressionen ausgesetzt. Wenn ihr Baby allerdings leicht zu beruhigen und tolerant ist, wird es für die Mutter einfacher. Sie gewinnt Selbstvertrauen im Umgang mit ihrem Säugling. Wenn ihr Baby sie anlächelt, ist dies ein unbezahlbarer Dank für eine Mutter.

Bick stellt auf der anderen Seite auch genau die Situation des neugeborenen Babys dar. Das Baby fühlt sich oft unintegriert und unorganisiert. Es hat dadurch oft Schluckauf oder muss niesen. Um mit Angst umgehen zu können, fixiert das Baby, wie auch schon oben bei Melanie Klein dargestellt wurde. Es fixiert beispielsweise die Brustwarze der Mutterbrust. Das Baby hat nach Bick die Angst, nicht gehalten zu werden und im endlosen Raum auseinander zu fallen. Nur die Haut ist die einzige Möglichkeit das Selbst zusammenzuhalten und wird aber als sehr zerbrechlich

⁵ Die Bindungstheorie nach John Bolwby wird an späterer Stelle dieser Diplomarbeit näher dargestellt. Siehe Punkt 1.9.4.

wahrgenommen. Fixieren lässt sich beim Baby auch erkennen, wenn die Augen den Punkt der Tür anstarren, durch den die Mutter gerade verschwunden ist, oder es ins Leere schauen zu scheint, während es angestrengt dem Ton einer Stimme lauscht. Die Funktion des Fixierens für das Baby ist jene der Sicherheit, dass nichts Zweites (nichts Böses) zur gleichen Zeit passieren kann. Fixieren gibt dem Baby Sicherheit. Auch plötzliches Erstarren des Babys ist eine Art mit katastrophaler Angst umzugehen. Wenn alles erstarrt ist, kann nichts sonst passieren. Wenn die Mutter es schafft, ihrem Baby das Gefühl zu geben, gehalten und vor allem zusammengehalten zu werden (also nicht im endlosen Raum auszulaufen), dann wird die Abwehr gegen die Angst nach und nach weniger präsent. Falls die Mutter es hingegen nicht schafft, dem Baby ausreichend das Gefühl des gehalten werdens zu geben, dann entwickelt das Baby eine „Second Skin“. Das Baby muss sich selbst halten und fixiert. Auch an Erwachsenen ist dieses Phänomen der second skin zu beobachten, wenn sie beispielsweise permanent reden oder andauernd einer Beschäftigung nachgehen, um sich so das Gefühl zu geben nicht zu zerlaufen. (Symington 2002, S. 105ff)

1.9.3 Die Entstehung der Mutter-Kind Beziehung nach Daniel Stern

Stern (1979, S.9ff) ist der Ansicht, dass ein Baby in den ersten sechs Lebensmonaten lernt, wie es die Aufmerksamkeit seiner Mutter erregen kann und sie in eine Interaktion mit ihm bringen kann. Diese „biologisch angelernte Choreographie“ dient ihm als Vorbild für alle weiteren persönlichen Interaktionen. (ebd.) Das Alter von 2 Monaten ist fast ebenso bedeutend wie die Geburt selbst. Verhaltensmuster, Intelligenz, Schlaf- und Aktivitätszyklen - fast alles ändert sich. Davor befindet sich das Kind in einer Art präsozialen, präkognitiven und noch nicht organisierten Lebensphase. Schon immer hätten die Menschen den Säuglingen gerne Fragen gestellt. Doch wie könnte ein Säugling eine Antwort geben. Die Revolution der Forschung kam zustande, indem überlegt wurde, welches Verhalten des Säuglings möglicherweise als eine Antwort dienen könnte.

Eine weitere neue Einsicht war die der sogenannten wachen Inaktivität des Säuglings – er ist körperlich ruhig und wach und nimmt äußere Vorgänge in sich auf. Während dieser Phase können dem Neugeborenen Fragen gestellt und aus ihren Aktivitäten Antworten abgelesen werden. Die Antworten müssen leicht beobachtbare, häufig ausgeführte Verhaltensweisen sein, von Geburt an sind dies: Kopfwenden,

Saugen und Blicken. Um solche Antworten mit interessanteren Fragen zu verbinden, wurden mehrere Paradigmen entwickelt und ausgearbeitet.

Mit den gewonnenen Informationen konnten allgemeine Prinzipien entwickelt werden:

1. Säuglinge suchen nach sensorischer Stimulierung.
2. Sie haben Vorlieben und Abneigungen.
3. Von Geburt an scheint es ein zentrales Bestreben zur Bildung und Prüfung von Hypothesen über das, was in der Welt geschieht, zu geben.
4. Affekte und kognitive Prozesse lassen sich nicht so leicht trennen. (Stern 1998, S. 60ff)

Auf Video aufgezeichnete Interaktionen zwischen einer Mutter und ihrem Säugling wurden stundenlang analysiert, wobei die Szenen oft nicht länger als wenige Minuten dauerten. Die prägenden Erfahrungen aus denen ein Baby lernt in Beziehung zu anderen Menschen zu treten, geschehen oft unerwartet und inmitten einer anderen Aktivität wie beispielsweise einer Fütterungs- oder Wickelsituation. (Stern 1979, S. 10) Stern geht davon aus, dass das Baby von der Interaktion langsam zu einer Beziehung findet, wobei erst die vielen unterschiedlichen Interaktionen die Entstehung einer Beziehung möglich machen. In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, etwa um den neunten Monat, beginnt das Baby zwischen primären Bezugspersonen und Fremden zu unterscheiden. Es reagiert mit Unbehagen auf Fremde und auf eine Trennung seiner Mutter. Das Baby hat gelernt, Zuwendung zu seiner primären Bezugsperson herzustellen und deren Repräsentanz zu verinnerlichen. An diesem Punkt sagt Stern, kann von einer Beziehung gesprochen werden, die weitgehend vom Selbst getrennt ist. (Stern 1979, S. 117f)

1.9.4 Die Bindungstheorie nach John Bowlby

Die Qualität der Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kindern beruht auf den Interaktionen im ersten Lebensjahr des Kindes. Es wird davon ausgegangen, dass vergangene Interaktionen und Beziehungen der Eltern Auswirkungen auf die gegenwärtige Bindungsbeziehung zum eigenen Säugling haben. Die Bindungsbeziehung zum Kind spiegelt die Qualität der Fürsorge der Mutter wider.

Eine sensible Mutter erkennt die Signale ihres Kindes innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens und reagiert adäquat darauf. Diese Mütter nehmen die Signale ihrer Kinder wahr, deuten sie richtig, reagieren angemessen darauf, wissen viel über ihre Kinder und sprechen in positiver Weise über ihre Säuglinge. Das richtige Verhalten der Mutter führt beim Kind dazu, dass es selbst in einem frühen Alter, mit sehr eingeschränktem Verhaltensrepertoire, fähig ist, seine Welt zu beeinflussen. Diese Erfahrung begünstigt die Entwicklung von Selbstvertrauen. (Spendier 2003, S. 21ff)

Viele Vorstellungen der Bedeutung von frühkindlicher Bindung gehen auf die klinischen und theoretischen Arbeiten des britischen Psychiaters John Bowlby und der Psychologin Mary Ainsworth zurück. Ausgehend von Bowlbys Erkenntnissen entwickelte Ainsworth in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts eine wirkungsvolle Methode, um die Eltern-Kind-Bindung zu erfassen. Die „Fremde Situation“ ist ein 20 minütiges standardisiertes Verfahren, in dem auf Video aufgezeichnet wird, wie sehr kleine Kinder in einer fremden Umgebung in Anwesenheit der Mutter spielen und explorieren, wie sie anschließend auf zwei kurze Trennungen von der Mutter reagieren und sich später von dieser trösten und beruhigen lassen. Weil der menschliche Säugling eine starke angeborene Neigung besitzt, eine Bindung zu den Erwachsenen einzugehen, die ihn im ersten Lebensjahr betreuen, ist die Fürsorge und gute Qualität jener besonders wichtig für eine gesunde Bindung. (Farrell Erickson, Egeland 2006, S. 32)

1.9.5 Die Bindungsmuster

Das Bindungsmuster, von dem ausgegangen wird, es gehöre zu einer gesunden Entwicklung, ist jenes der **sicheren Bindung**. Hier ist das Kind zuversichtlich, dass ein Elternteil in furchteinflößenden Situationen verfügbar, antwortbereit und hilfreich ist. Mit diesem Wissen und dieser Gewissheit fühlt sich das Kind befähigt, die Welt zu entdecken. Dieses Muster kann nur eine Mutter hervor bringen, die feinfühlig, liebevoll und verfügbar ist, wenn das Kind Trost und Schutz sucht.

Das zweite Bindungsmuster ist jenes der **unsicheren Bindung**. Hier ist das Kind unsicher, ob ein Elternteil verfügbar bzw. ansprechbar ist, wenn er gebraucht wird.

Durch diese Unsicherheit ist das Kind anfällig für Trennungsängste, neigt zu anklammern, ist ängstlich und gehemmt bei der Entdeckung der Welt. Dieses Muster wird durch einen Elternteil erzeugt, der manchmal verfügbar und hilfreich ist, in anderen Situationen jedoch nicht. Weiters werden bei diesem Bindungsmuster oft Drohungen, das Kind zu verlassen als Mittel der Kontrolle verwendet.

Das dritte Bindungsmuster ist jenes der **ängstlich-vermeidenden Bindung**. Bei diesem Muster können die Kinder nicht davon ausgehen, dass sie Hilfe und Fürsorge bekommen, wenn sie diese suchen. Im Gegenteil eher, dass sie schroff abgewiesen werden. Solche Menschen versuchen, ihr Leben ohne die Liebe und Unterstützung von anderen zu leben. Dieses Muster ist das Ergebnis von Müttern, die ihre Kinder immer wieder schroff zurückgewiesen haben, wenn sie Trost oder Schutz gesucht hätten. Solch extremste Fälle stammen von wiederholter Misshandlung oder von längerer Institutionalisierung. Klinische Belege weisen darauf hin, dass dieses Muster, sofern es bestehen bleibt, zu einer Vielfalt von Persönlichkeitsstörungen führen kann.

Viele Belege weisen daraufhin, dass jenes Bindungsverhalten, das im ersten Lebensjahr bestanden hat, auch nach 3 ½ Jahren außerhalb der Familie im Kindergarten vorherrscht. (Bowlby 1991, S. 63f)

Die eigenen Bindungserfahrungen der Eltern können die Beziehung zu anderen, im speziellen zu den eigenen Kindern, beeinflussen. Nicht selten wiederholen Eltern gewalttätige Muster aus ihrer eigenen Kindheit an den eigenen Kindern, obwohl sie geschworen hatten, ihren Kindern eine solche Tortur zu ersparen. Um aus diesen pathologischen Beziehungsmustern ausbrechen zu können, ist es wichtig für die Eltern, sich mit der eigenen Vergangenheit und den Beziehungsproblemen auseinanderzusetzen. Dies geschieht häufig in einer professionellen Psychotherapie. (Farrell Erickson, Egeland 2006, S. 35f)

1.9.6 Die Eltern-Kind-Beziehung von Frühgeborenen

Es ist sehr wichtig zu (...) „verstehen, wie sich Bindung entwickelt und wie sie das gesamte Leben hindurch Einstellungen und Verhaltensweisen, insbesondere in sozialen Beziehungen, beeinflusst.“ (Farell Erickson, Egeland 2006, S. 32)

Es gibt nur wenige Studien, die über die Bedeutung der Bindungsqualität und Bindungssicherheit frühgeborener Kinder berichten. Wie bereits erwähnt, sind für den Bindungsaufbau unterschiedlichste Faktoren seitens der Kinder und der Eltern ausschlaggebend. Für den Bindungsaufbau auf Seiten der Eltern hat sich das „Bonding“ als wichtiger Einflussfaktor erwiesen. Das Neugeborene wird unmittelbar nach der Geburt auf die nackte Brust der Mutter gelegt. Auch die frühe „Face-to-Face-Interaktion“, also das sich Ansehen, spielt eine wichtige Rolle beim Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung. Durch die Frühgeburt und die damit verbundenen traumatischen Erfahrungen wird die Mutter-Kind-Beziehung einer Belastung ausgesetzt. (Hampel et al 2007, S. 221) Allerdings kann auch das pränatale Bonding bereits beeinflusst werden, wenn Eltern beispielsweise die Nachricht einer Abweichung von der normalen Schwangerschaft erfahren. Bereits dadurch können sich Einstellungen und Sichtweisen der Eltern verändern. Das Bonding nach der Geburt ist die Fortsetzung eines bereits während der Schwangerschaft begonnen Bindungsprozesses. Die frühesten Anzeichen einer Mutter-Kind-Bindung lassen sich feststellen, wenn die Mutter die ersten Kindsbewegungen spürt, weil das Ungeborene dadurch als getrenntes Wesen wahrgenommen wird, zu dem eine Beziehung möglich ist. (Voill 1996, S. 14ff)

Eltern von frühgeborenen Babys nehmen mitunter erst verzögert eine Beziehung zu ihrem Kind auf, weil sie durch die ambivalenten Gefühle der Angst gar nicht dazu in der Lage sind. Beispielsweise entscheiden sie sich erst Wochen nach der Geburt für einen Namen oder sie beschränken sich auf das Beobachten und überlassen die gesamte Pflege ihres Kindes den Schwestern und Ärzten. (Hantsche et al 1992, S. 133) Diese Reaktion auf Seiten der Eltern ist dadurch erklärbar, dass die erste Beziehung nach der Geburt Trennung bedeutet. Den Eltern sollte erklärt werden, dass jeder Säugling bei Erwachsenen intuitiv ein Fürsorgesystem aktiviert, das nur schwer kontrollierbar und zu unterdrücken ist. Den Eltern soll das Vertrauen gegeben werden, dass sich die Schwestern bestmöglich stellvertretend um ihr Kind kümmern.

Beim Erstbesuch der Eltern sollte ihnen unbedingt die Möglichkeit gegeben werden, ungestört mit ihrem Kind zu sein, um erste Erfahrungen und Kontakte zu schließen und so langsam eine Beziehung aufbauen zu können. (Müller-Rieckmann 1993, S. 25f)

Brisch (2000, S. 95) plädiert hier dringend für eine begleitende Psychotherapie der Eltern. Durch das Erlebnis der Frühgeburt können bei den Eltern möglicherweise unverarbeitete Trennungs- und Verlusttraumata aus der Lebensgeschichte der Eltern wieder aktiviert werden. Bei der Verarbeitung dieser Konflikte benötigen sie dringend psychotherapeutische Hilfe, da andernfalls der Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt werden kann. (ebd.) Einer der ersten Theoretiker, der seine Aufmerksamkeit auf die Bedeutung früher Lebenserfahrungen für die Entwicklung psychischer Prozesse lenkte, war Freud. Für Freud liegen die Funktion und die Rolle der anfänglichen Objektbeziehungen primär in der Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse wie Nahrung und Pflege. Das erste Liebesobjekt des Säuglings ist die Brust der Mutter, was später auf die ganze Person ausgeweitet wird. Die Relevanz der Bindungstheorie nach Bowlby für die psychoanalytische Praxis liegt unter anderem darin, dass beide Disziplinen mit zwischenmenschlichen emotionalen Beziehungen befasst sind. Das Wissen um die vier Kategorien der Bindungsmuster kann nützlich sein, bei der Behandlung von weniger schwerwiegenden neurotischen Symptomen wie unsicher vermeidend oder unsicher ambivalent gebundene Kinder. In der Eltern-Kind-Psychotherapie spielt die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion eine entscheidende Rolle. Es können wichtige Informationen über Bindungsbeziehungen und über die Art und Weise der Interaktion gewonnen werden, ohne aufwendige wissenschaftliche Tests durchführen zu müssen. Wichtig in der therapeutischen Arbeit mit Eltern ist, die Vorstellungen und Phantasien über das ungeborene Kind aufzudecken, weil diese Einstellungen den Umgang mit dem Säugling unbewusst steuern und beeinflussen. (Hédervári-Heller 2000, S. 585 ff)

Die Möglichkeit, dass Eltern so selbstverständlich auf der Frühgeborenenintensivstation bei ihren Säuglingen anwesend sein dürfen, um die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern, war nicht immer gegeben. Die Gefahr, dass die Eltern ihre Kinder mit Infektionen anstecken könnten, schreckte davor ab, den Eltern

Zutritt auf die Intensivstationen zu gewähren. Um diese Vermutung zu widerlegen, wurden wöchentlich Bakterienkulturen von Nabel, Haut und Nasenlöcher der Frühchen genommen. Die Untersuchungen dieser Abstriche zeigten keine Zunahme eventueller pathogener Organismen. Weiters stellten Beobachter fest, dass sich die Mütter der Säuglinge öfter desinfizierten und gründlicher wuschen als das Pflegepersonal. (Klaus 2007, S. 112f) In der Frühgeborenen-Nachsorge ist neben den medizinisch notwendigen Therapien auch der emotionale Aspekt der Eltern-Kind-Beziehung zu berücksichtigen. Durch eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion können weitere Frühfördermaßnahmen umso erfolgreicher durchgeführt werden. Da sich bei extrem Frühgeborenen mehr unsicher und unsicher-ambivalent gebundene Kinder finden, was in Zusammenhang mit der Angst der Eltern ums Überleben ihres Kindes gebracht wird, setzt besonders hier die feinfühligkeitsorientierte Frühförderung an. Das sogenannte Feinfühligkeitstraining der Eltern setzt den Fokus auf die Feinfühligkeit einerseits und die Repräsentanzen (also die innere Welt der Eltern) andererseits. Es lässt sich allerdings aus den bisherigen Studien nicht ableiten, welche Intervention für welche Familie zu welchem Zeitpunkt gerade am sinnvollsten ist. Trotzdem hat das Feinfühligkeitstraining bei frühgewordenen Eltern Erfolge mit sich gebracht. (Brüggemann 2006, S. 93ff) Beim Feinfühligkeitstraining wird mit den Eltern gearbeitet, damit sie die Hinweise ihres Kindes besser verstehen und diese dann auch beantworten können. Es wird insbesondere anerkannt, dass auch die Mutter Zuwendung und Unterstützung braucht, wenn sie feinfühlig und berechenbar auf die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes reagieren soll. Dabei wird auch nie außer Acht gelassen, dass die eigenen Bindungserfahrungen und Gefühle gegenüber den eigenen Eltern eine gute Eltern-Kind-Beziehung behindern können. (Farrell Erickson, Egeland 2006, S. 36)

Studien stellten einen Zusammenhang zwischen dem ersten Kontakt nach der Geburt und der Mutter-Kind-Bindung fest. So behielten Mütter, deren Babys unmittelbar nach der Geburt an der Brust saugten, diese 100 Minuten länger im Zimmer, als Mütter, die nach der Geburt keinen Kontakt zu ihren Neugeborenen hatten. Der Kontakt von „Haut zu Haut“ ist sehr hilfreich dabei, eine engere Bindung zu den frühgeborenen Kindern zu erreichen. An dieser Stelle sei wieder die Wichtigkeit der Känguru-Pflege erwähnt, die Herzschlag, Temperatur sowie Rhythmus der Atmung des Babys positiv beeinflusst. Mütter, die „känguruten“ waren in ihrer Interaktion in der Regel feinfühlicher und wärmer, und die Babys erzielten

bessere Ergebnisse bei unterschiedlichsten Entwicklungstests. Der frühe Haut zu Haut Kontakt fördert die Reifung der psychischen, emotionalen und kognitiv-regulatorischen Fähigkeiten des Babys. (Klaus 2007, S. 120ff)

Fegran et al (2006) haben in Norwegen eine Studie über die unterschiedlichen Erfahrungen von Müttern und Vätern auf Neugeborenenintensivstationen und die damit verbundenen Bindungsszenarien erhoben. Auch sie sind sich einig, dass die Frühgeburt einen „normalen“ Bindungsprozess beeinflusst, weil die Mutter-Kind-Bindung mit Fortdauer der Schwangerschaft stärker wird. Berühren und Blickkontakt sind die stärksten Kommunikationsinstrumente mit denen Eltern und ihre Babys interagieren. Die Autoren der Studie haben auch festgestellt, dass Eltern bei kritischem Gesundheitszustand ihres Kindes den Kontakt vermieden, weil sie befürchteten, es könnte sterben. Hier wurde wieder die Känguru-Methode als sehr hilfreich empfunden. Es ließen sich jedoch Unterschiede im Empfinden von Müttern und Vätern feststellen. Während Mütter viel emotionaler auf den Haut zu Haut Kontakt reagierten, hatten Väter Schwierigkeiten dabei, ihr winziges zerbrechliches Baby im Arm zu halten. Allerdings wurde auch berichtet, dass Väter, die sehr frühen Kontakt zu ihren Säuglingen hatten, später eine sehr gute Beziehung zu ihrem Kind hatten. Mütter gaben an, dass die Frühgeburt ein Gefühl der Kraftlosigkeit bei ihnen auslöste, während Väter die Frühgeburt zwar als Schock erlebten, aber sofort bereit waren, ins Geschehen involviert zu werden. Mütter hatten das Gefühl, sie müssten sich erst wieder ein Gefühl der Beziehung zu ihrem Säugling aufbauen, während Väter angaben, den Beginn einer wunderbaren Beziehung zu ihrem Kind zu verspüren, beispielsweise beim Känguruen. (ebd.)

Die Eltern-Kind-Beziehung stellt eine sehr komplexe, aber enorm wichtige Grundlage für das gesunde Gedeihen des Babys dar. Unterschiedlichste Faktoren müssen mit berücksichtigt werden: Die Vorerfahrungen der Eltern, die Geburt selbst, der Grad der Traumatisierung dadurch, die folgende Betreuung sowie die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung der Eltern. Es bedarf einer großen Sensibilität von Seiten der Ärzte, der Psychologen und des Pflegepersonals, die Eltern zu ermutigen auf die Signale und Bedürfnisse ihres zu früh geborenen Babys angemessen zu reagieren. Trotz der schwierigen Pflege eines Frühchens sollten die Eltern in jedem

Fall involviert werden, da die dabei gemachten Erfahrungen unwiederbringlich und wertvoll für eine gesunde Eltern-Kind-Beziehung sind.

Im Hinblick auf die folgende Forschung, nämlich die Beobachtung der Therapie und die Veränderungen der Mutter-Kind-Beziehung dadurch, ist es nötig die dargestellten Punkte mit zu berücksichtigen.

1.10 Hilfen für die Eltern

Neben den umfangreichen Therapien und Behandlungen, die ein frühgeborener Säugling nach der Entbindung erhält, darf der Gesundheitszustand der Eltern nicht außer Acht gelassen werden. Abgesehen von den körperlichen Strapazen, dürfen die seelischen Folgen eines solch traumatischen Schockerlebnisses wie der Frühgeburt, nicht vernachlässigt werden und sind unbedingt zu behandeln.

1.10.1 Schwangerschaft als Krise

Schwangerschaft gilt als Zeit der guten Hoffnung, als Symbol für Leben und Vitalität. Was passiert jedoch, wenn die Schwangerschaft zur Krise wird? Dies scheint zunächst befremdend, störend und unpassend. Die Schwangerschaft stellt unter dem Aspekt eine Krise dar, da die Eltern von einer Paarbeziehung zu zweit, auf eine Dreierbeziehung umstellen müssen. Das Konzept der Schwangerschaft als Krise wurde aus zwei unterschiedlichen Richtungen entwickelt. Aus der Lebenslaufforschung einerseits und aus der Stressforschung andererseits. Die Schwangerschaft sowie die Geburt verlangen von den Eltern sich neu zu orientieren.

Schwangerschaft stellt aus folgenden Überlegungen eine Krise dar:

1. Die Eltern werden meist von der Schwangerschaft überrascht.
2. Nur wenige Frauen haben in westlichen Kulturen noch Erfahrung im Umgang mit Babys.
3. Es besteht ein kultureller Druck, der nicht unterschätzt werden darf.
4. Ein nicht mehr umzukehrender Wechsel in die Elternrolle tritt ein.
5. Die Richtlinien für Eltern, insbesondere für die Mutterrolle sind normativ überhöht, idealisiert und kaum einlösbar.

Auch aus psychoanalytischer Sicht stellt Schwangerschaft eine Krise dar. Es werden libidinöse Bestrebungen, Anpassungs- und Kontrollfunktionen sowie unbewusste und ungelöste Entwicklungsphasen reaktiviert. Überwiegen Versagensängste und Vernichtungsgefühle, so hat dies in weiterer Folge auch Auswirkungen auf eine schuldbeladene Mutter-Kind-Beziehung. Schwangerschaft hat also nicht nur die Aufgabe ein Kind zu schaffen, sondern auch eine Mutter (Wimmer-Puchinger 1992, S. 22f). Stellt die Schwangerschaft ohnehin schon eine enorme Entwicklungsaufgabe für werdende Eltern dar, so ist das Eintreten einer Frühgeburt noch weitaus dramatischer zu bewältigen und stellt nach Hantsche et al (1992, S. 130) eine emotionale Krise dar, auf die die Eltern psychologisch nicht vorbereitet waren. (ebd.) Werdende Mütter sollen jedenfalls in ihren eigenen Fähigkeiten bestärkt werden, um für den weiteren Schwangerschaftsverlauf (falls die Frühgeburt noch etwas verzögert werden kann) eine positive Einstellung zu haben. (Steiner 2001 S, 79)

Eltern fühlen sich oft alleine mit den vielen Aufgaben, versuchen jedoch instinktiv sich der neuen Situation anzupassen, um die Probleme des Alltags zu bewältigen. (Müller-Rieckmann 1993, S. 109)

1.10.2 Nachbetreuung der Eltern

Vonderlin (1999, S. 41) benennt vier Hauptaufgaben, die Eltern von frühgeborenen Kindern zu bewältigen haben:

1. Den Aufbau einer normalen Eltern-Kind-Beziehung.
2. Die Überwindung der Enttäuschung, keinen gesunden Säugling bekommen zu haben.
3. Damit zu rechnen, dass das Kind möglicherweise sterben könnte, und damit fertig zu werden.
4. Im günstig verlaufenden Fall, die besonderen Bedürfnisse des Frühchens als vorübergehend zu betrachten.

Eltern können diesen Anforderungen oft nicht angemessen entsprechen, da sie, aus zeitlichen Gründen, nicht auf die neue Aufgabe vorbereitet werden konnten.

Vonderlin nennt günstiges Verhalten der Eltern, das die Verarbeitung der Frühgeburt erleichtert:

1. Die Fähigkeit, die Situation angemessen zu erfassen. Entscheidend dabei ist, was die Eltern als Auslöser für die zu frühe Geburt ansehen.
2. Die Fähigkeit mit den eigenen Empfindungen adäquat umzugehen und diese auch kommunizieren zu können.
3. Die Fähigkeit Hilfe und Unterstützung von anderen Personen zu fordern bzw. anzunehmen. (ebd.)

Hantsche et al (1992, S. 134 f) ermessen als sehr wichtige Komponente für die Betreuung von Eltern, die eine Frühgeburt erleben mussten, abgeschirmte Räume, in denen die Eltern Gespräche führen können, um ungestört mit ihrem Kind Zeit verbringen können. Unglücklicherweise sind die Kapazitäten des Personals auf Krankenhausstationen oft begrenzt, sodass eine Konzentration auf Eltern von Säuglingen mit schweren gesundheitlichen Komplikationen stattfindet, und Eltern weniger kranker Säuglinge vernachlässigt werden. Gerade hier liegt ein großer Prozentsatz von Eltern, die nach außen zwar unauffällig wirken, da ihr Kind sich in einem recht guten Allgemeinzustand befindet, deren Phantasien und Ängste jedoch kaum zu bewältigen sind. Besonders Eltern, die eine nachhaltig gestörte Beziehung zu ihrem frühgeborenen Kind haben, sind schwer zu erreichen, weil sie nicht kommen, um sich Hilfe zu holen (ebd.).

An manchen Krankenhäusern werden mit den Eltern frühgeborener Kinder, noch während diese auf der Intensivstation behandelt werden, psychotherapeutische Kriseninterventionen durchgeführt, weil aus dem Erlebnis der Frühgeburt unverarbeitete Trennungs- und Verlusttraumata aus der Lebensgeschichte der Eltern reaktiviert werden können. Die Eltern benötigen bei der Verarbeitung dieser Konflikte dringend psychotherapeutische Hilfestellung. (Brisch 2000, S. 95f)

Machul (2005, S. 342f) meint, dass sich ein Großteil der Eltern professionelle Unterstützung zur Verarbeitung der belastenden Umstände wünscht. Ziel der multiprofessionellen Unterstützung muss die Reduktion der elterlichen Belastung sowie der frühkindlichen Entwicklungsrisiken und Stärkung der persönlichen Ressourcen sein. Grundlage dafür stellt eine genaue Kenntnis des elterlichen Unterstützungsbedarfs dar. (ebd.) Sarimski (1999, S. 36) zufolge ist der Grad der

elterlichen Belastung sehr unterschiedlich. Während die einen bereits nach wenigen Tagen angeben, sich der Situation gut gewachsen zu fühlen, sind andere Eltern während des gesamten stationären Aufenthalts ihres Babys emotional aufgewühlt und ambivalent oder unsicher im Kontakt mit ihrem Kind. Dies hängt seiner Meinung nach mit dem Gesundheitszustand des Babys und der familiären Unterstützung zusammen. (ebd.)

Vonderlin (1999, S. 19ff) stellt die Wichtigkeit von Gesprächsgruppen für Eltern frühgeborener Kinder in den Vordergrund. Es sei äußerst hilfreich mit Menschen über sein eigenes Schicksal zu sprechen, die die gleichen Erfahrungen durchmachen. In diesem Zusammenhang wird auch das Stresserleben der Mütter erwähnt. Mütter, die mit der Unterstützung, die ihnen zuteil wird, zufrieden sind, geben an, weniger Stress, mehr Lebenszufriedenheit und mehr Freude am Kind zu haben. All diese genannten Faktoren haben indirekt wieder Auswirkungen auf das Wohlergehen des Säuglings. Dieser signifikante Zusammenhang macht die Bedeutung von psychosozialer Unterstützung für frühgewordene Eltern umso deutlicher. Die Unterstützung bezieht sich auf emotionale Unterstützung, Unterstützung beim Problemlösen, praktische und materielle Unterstützung und soziale Integration. In Selbsthilfegruppen und Frühgeborenenelterngruppen wird die Akzeptanz der Situation, die Selbstenthüllung von bedeutenden Themen, die Einsicht in die eigenen Gefühle und das Lernen neuer Erfahrungen durch die Auseinandersetzung mit der Gruppe gefördert. Weiters erfahren die Eltern, dass andere Menschen dieselben Schwierigkeiten haben und schöpfen Hoffnung und Optimismus. Die Eltern stellen fest, dass auch andere in der gleichen emotionalen Krise stecken. Die Isolation wird aufgehoben, weil sich Eltern frühgeborener Kinder oft nicht aus dem Haus trauen, aus Angst Nachbarn, Verwandten oder Freunden gegenüber treten zu müssen und deren Fragen nicht zu ertragen. Viele Gruppenmitglieder haben weit über die Treffen hinaus noch Kontakt und tauschen sich regelmäßig aus. (ebd.) Auch Neuber und Wachtendorf (2003, S. 14) sprechen sich für die Teilnahme an Gruppentherapien aus, da sie sich positiv auf die Bewältigung der emotionalen Krise auswirke und eine gute Beziehung zum Kind fördere. (ebd.)

Neben Gruppengesprächen sollten auch Einzelgespräche mit professionellem Personal stattfinden. Die Wichtigkeit solcher Gespräche und Bewältigungsstrategien zeigt sich dadurch, dass Eltern oft eine schwierige Beziehung zu ihrem ehemals frühgeborenen Kind haben und es fallweise auch nach drei Jahren noch als

besonders verletzlich bezeichnen, obwohl ein objektiver Beobachter das Kind als gut entwickelt einstufen würde. Wird das Schockerlebnis der Frühgeburt nicht bewältigt, können sich ungünstige Beziehungsformen wie überregulierendes oder unterregulierendes Elternverhalten verfestigen. Dies ist öfter der Fall, wenn zusätzlich noch psychosoziale Belastungen wie Arbeitslosigkeit, ungünstige Wohnverhältnisse, Streit etc. dazu kommen. Deshalb ist die Entfaltung der intuitiven elterlichen Kompetenzen zur Kommunikation mit ihrem Baby besonders wichtig für die Entwicklung einer förderlichen und ausgeglichenen Beziehung. Die Interventionen mit dem Berater sind lösungsorientiert, denn sie greifen auf, was Eltern im Alltag als wirksam erleben. Die Chancen der Veränderung durch diese spezifischen Beratungen sind sehr hoch, da die Mütter eine hohe Motivation und Offenheit mitbringen. (Sarimski 1999, S. 36ff)

1.10.3 Hilfsprogramme nach einer Frühgeburt

Folgend werden unterschiedliche Interventionsprogramme nach Frühgeburten dargestellt, die ihre Schwerpunkte auf unterschiedliche Akzente setzen.

1.10.3.1 Das Ulmer Modell

Als sehr hilfreich in der Verarbeitung von Frühgeburten erwies sich das Ulmer Modell.

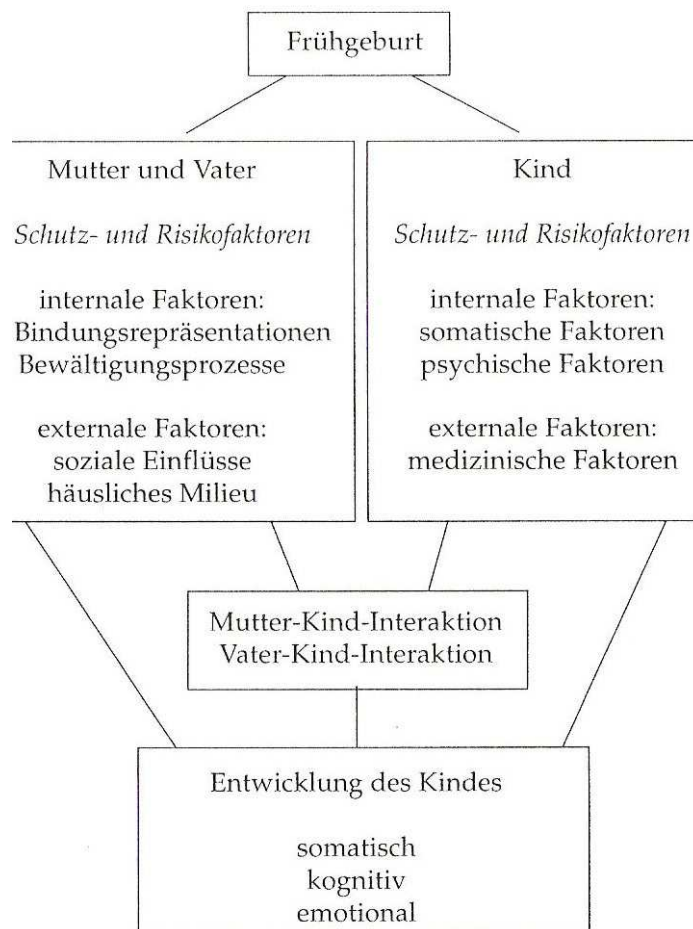


Abb.3 BRISCH et al (2000): Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 362

Bei diesem Programm wird allen Eltern unmittelbar nach der Frühgeburt professionelle Hilfestellung angeboten, mit dem Ziel, Mütter und Väter in ihren Bewältigungsprozessen zu unterstützen und den Aufbau der Eltern-Kind-Bindung positiv zu beeinflussen. (Brisch et al 2000, S. 362)

Das Programm sieht eine psychotherapeutisch geleitete Elterngruppe, einsichtsorientierte Einzelgespräche und einen Hausbesuch unmittelbar nach der Entlassung des Babys sowie die Durchführung eines Video-Feinfühligkeitstrainings für die Eltern-Kind-Interaktion vor. Das Hauptaugenmerk der Gruppenintervention liegt auf den elterlichen Bewältigungsprozessen. Die Einzelpsychotherapie befasst sich mit den reaktivierten Erinnerungen der Eltern aus ihrer eigenen Biografie, was die Reflexionsfähigkeit der Eltern über die erfahrenen Erlebnisse und ihre aktuelle Bedeutung für die Beziehung zu ihrem frühgeborenen Kind verbessern soll. Beim Hausbesuch können nochmals Informationen gegeben bzw. Fragen gestellt werden, zur Stärkung des elterlichen Selbstvertrauens im Umgang mit ihrem Frühchen. Im Alter von drei Monaten wird mit den Säuglingen eine Wickel- und Spielsituation mit Mutter oder Vater auf Video aufgezeichnet und anschließend ein Feedback gegeben. Dies soll dazu dienen, die elterliche Wahrnehmung bezüglich der kindlichen Signale zu verbessern. (Brisch 2000, S. 93ff)

1.10.3.2 Das „Vermont Intervention Program“ – elternzentriertes Programm

Primäres Ziel des Vermont Intervention Program ist die soziale und emotionale Unterstützung der Eltern sowie die Förderung einer möglichst harmonischen frühen Eltern-Kind-Beziehung. Die Beratung bei diesem Modell beginnt etwa eine Woche vor Entlassung des Säuglings aus dem Krankenhaus. Sie wird 3, 14, 30 und 90 Tage nach Entlassung nach Hause wiederholt. Durchgeführt wird sie von speziell ausgebildeten Kinderkrankenschwestern und beinhaltet Beratung und Beobachtung. Ziel der Beratung ist die Sensibilisierung der Mutter auf Temperaments- und Verhaltensmerkmale ihres Kindes sowie die Vermittlung entwicklungsfördernder Spiele. (Sarimski 2000, S. 360f)

1.10.3.3 Das „Infant Health and Development Program“ – kombinierte Intervention für Eltern und Kind

Dieses Programm beinhaltet Maßnahmen zur allgemeinen Förderung der frühen Kindesentwicklung und familiäre Unterstützung. Dieses Programm wird bis zum

korrigierten Alter von drei Jahren fortgesetzt. Dazu gehören Hausbesuche einerseits, um die Familie allgemein zu unterstützen und ihr Ängste zu nehmen und außerfamiliäre Frühförderung und Elterngruppen andererseits, in denen Austausch untereinander möglich ist und soziale Unterstützung gegeben wird. Die Kinder aus diesem Programm erzielten bei Intelligenztests höhere Werte als Kinder aus der Kontrollgruppe. Weiters wiesen sie im Alter von fünf Jahren allgemein höhere IQ-Werte auf, als Kinder aus der Kontrollgruppe. (Berlin, Brooks-Gunn, Mc Cormick 2000, S. 366f)

1.10.3.4 Frühintervention bei sehr niedrigem Geburtsgewicht

Diese kombinierte Intervention für Eltern und Kinder adressiert speziell Hoch-Risiko-Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Speziellen beziehen sich die Maßnahmen auf die Förderung der psychomotorischen Fähigkeiten sowie der sozialen Fertigkeiten des Säuglings und der Mutter-Kind-Interaktion. Weiters soll ängstlichem oder überbehütendem Verhalten auf Seiten der Eltern entgegengewirkt werden. Neben differenzierter Förderung der Kinder, finden auch Gruppenspiele und monatliche Elterndiskussionen statt, bei denen Eltern ihre Ängste äußern können. Die Kinder aus diesem Programm weisen weniger Verhaltensprobleme, besseren Schlafrhythmus, bessere Sprachentwicklung und eine bessere Aufmerksamkeitsspanne auf. (Matsuishi, Maekawa, Kamiya 2000, S. 367f)

1.10.3.5 Das „Houston Parent-Child Development Center“

Dieses Programm richtet sich speziell an sozioökonomisch benachteiligte Familien, also niedrigverdienende Familien mit Migrationshintergrund. Die Intervention konzentriert sich speziell auf die Mutter-Kind-Dyade. Es sollen schlechte Schulergebnisse und Verhaltensprobleme verbessert werden. Das Programm beginnt im ersten und endet im dritten Lebensjahr des Kindes. Es werden Hausbesuche durchgeführt. Dabei wird mit der Mutter über die Sprachentwicklung und über angemessene Spielsachen, welche die kognitive Reifung des Kindes fördern sollen, diskutiert. Durch dieses Programm konnten Verbesserungen im

Problemverhalten der Kinder und in Langzeitstudien bessere Schulergebnisse erzielt werden. (Johnson 2000, S. 368)

1.10.4 Psychologische Betreuung als ärztliche Herausforderung

Aus Statistiken geht hervor, dass mehr als 50 Prozent der Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten ihren Gynäkologen wechselten, weil sie das Vertrauen in ihn verloren haben. Sie sind davon überzeugt, dass eine bessere medizinische Betreuung die Fehlgeburt verhindern hätte können. Viele Frauen sind auch unzufrieden mit der psychologischen Betreuung durch ihren Arzt, weil sie Trost und persönliche Gespräche vermissen. Psychotherapeuten vermuten, dass sich Gynäkologen von der Situation überfordert fühlen und deshalb scheinbar gefühllos reagieren. Sie fühlen sich als Versager, weil sie die Fehlgeburt nicht abwenden konnten. Die Leidtragende daraus ist die Patientin, die dringend Einfühlsamkeit und offene Gespräche benötigen würde, um das traumatische Erlebnis bewältigen zu können. Therapeuten sind überzeugt, wenn Gynäkologen richtig zuhören würden, bliebe ihren Patientinnen großer Kummer erspart und diese würden auch nicht den Facharzt wechseln. (Sommerhoff 1993, S. 109) Auf der anderen Seite hat Rauchfuß (1993, S. 80) über die fachärztliche Betreuung von Frauen mit Fehlgeburten geschrieben sowie die enorme Angst, die Frauen erfahren, wenn sie eine Fehlgeburt erleiden und dies möglicherweise schon zum wiederholten Male. Den Paaren, die ein Kind verlieren, hilft eine Aussage wie: „Mit der Fehlgeburt hilft die Natur, Sie von einem lebensunfähigen Kind zu bewahren...“, nur wenig, obwohl eine hohe Rate von Missbildungen und chromosomalen Defekten bei Aborten feststellbar ist. Betroffene Paare sollten ausreichend Trauerarbeit leisten, bevor sie erneut versuchen ein Baby zu bekommen, denn aus der fehlenden Trauerarbeit resultieren häufig Schuld- und Schamgefühle sowie anhaltende Depressionen, die Beziehungsstörungen zu nachgeborenen Kindern mit sich führen können. Meist kann eine Patientin einen Frühabort mit adäquater Betreuung gut verarbeiten und nach einem angemessenen Zeitraum eine erneute Schwangerschaft anstreben. (ebd.)

In diesem Zusammenhang haben Tönnies und Wirths (1996, S. 29ff) den Zusammenhang zwischen Ängsten und die Bedeutsamkeit für den Verlauf von Schwangerschaften und Geburt untersucht. Schwangere wurden in zwei Gruppen zu je 12 Teilnehmerinnen geteilt, wobei eine Gruppe 8 Behandlungssitzungen zu wöchentlich je 2 Stunden erhielt. Die Sitzungen enthielten eine Entspannungsphase,

den Wochenbericht, wo jede Frau ihre Erfahrungen einbringen konnte und den personenzentrierten Gruppengesprächen. Die Auswirkungen der Schwangerschafts- und Geburtsangst wurde mittel „Geburts-Angst-Skala“ (Lukesch 1983) gemessen. Diese wurde zu Beginn und am Ende der letzten Gruppensitzung von den Probandinnen ausgefüllt. Es ließ sich nach den acht Wochen eine deutliche Verbesserung der Testergebnisse feststellen. Die Schwangerschaft wurde in stärkerem Ausmaß akzeptiert, die Geburtsangst ging zurück, die Verletzungsangst gegenüber dem Kind ging zurück, Stillen wurde stärker akzeptiert und es zeigte sich eine positivere Einstellung zur Sexualität. (ebd.) Auch Wimmer-Puchinger (1992, S. 163f) stellte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Geburtsdauer und der Ängstlichkeit von Schwangeren fest. So dauerte die Geburt bei weniger ängstlichen Frauen deutlich kürzer als bei Frauen, die sehr ängstlich reagierten. Bei extrem ängstlichen Frauen konnten durch intensive psychotherapeutische Maßnahmen beeindruckende Erfolge erzielt werden. Wimmer-Puchinger hat sich auch mit der Frage auseinander gesetzt, was psychologische Interventionen in der Schwangerschaft bewirken können. Eine negative Ich-Einschätzung sowie ein negatives Körperbild seit der Pubertät sei auffallend für eine weniger optimistische Einstellung zur Schwangerschaft. Deshalb sei eine psychologische Betreuung sowie das Hinzuziehen von Sozialarbeitern hilfreich für den positiven Verlauf der Schwangerschaft. (ebd.)

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse bleibt die Notwendigkeit einer psychologischen Unterstützung von Frauen bereits vor der Geburt bzw. nach dem Erleben einer Frühgeburt unumstritten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach psychologischen Interventionen und Beratungen eine deutliche Besserung der Gesamtsituation einstellt.

1.11 Zusammenfassung

In Kapitel 1 wurde ausführlich auf das Thema der Frühgeburt eingegangen. Es wurden statistische Zahlen zur Belegung der Frühgeburtenrate genannt. Die Ursachen für Frühgeburtslichkeit, inklusive früher und später Elternschaft, wurden aufgezeigt. Weiters wurde die Geburt des Frühgeborenen mit Vor- und Nachteilen des Kaiserschnitts und die folgende Neonatologieintensivpflege, insbesondere die Känguru-Pflege, beschrieben. Die Auswirkungen der Frühgeburt für das Frühgeborene mit vielen möglichen Folgeerkrankungen und Beeinträchtigungen einerseits sowie die körperlichen und seelischen Belastungen für die frühgewordenen Eltern andererseits wurden aufgezeigt. Einen wichtigen Punkt in Kapitel 1 stellt die Eltern-Kind-Beziehung dar, die durch die zu frühe Geburt stark belastet wird. In diesem Zusammenhang wurden vier Positionen von Psychologen und deren Ansicht über eine Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung dargestellt, um die Zusammenhänge bzw. Unterschiede besser sichtbar zu machen. Hierbei sollte deutlich gemacht werden, wie wichtig psychosoziale Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der zu frühen Geburt ist, um etwaige Beziehungsprobleme auf Seiten der Eltern so früh wie möglich zu erkennen und gegebenenfalls zu therapieren. Schließlich wurden noch Hilfsprogramme für die Eltern aufgezeigt, die helfen sollen, das Erlebnis der zu frühen Geburt zu verarbeiten und damit fertig zu werden. Die Verantwortung der Gynäkologen und Ärzte ihren Patientinnen gegenüber wurde als letzter Punkt in Kapitel 1 beschrieben, um die Wichtigkeit, aber auch die Effizienz von psychologischer Betreuung bereits während der Schwangerschaft noch einmal zu verdeutlichen.

2 Frühtherapie und Frühförderung

Nachdem ich im ersten Kapitel ausführlich auf das Thema der Frühgeburtlichkeit eingegangen bin, werde ich nun im zweiten Kapitel auf Frühtherapie und mobile Frühförderung eingehen.

2.1 Frühförderung allgemein

„Ein angemessener Lebensbeginn für frühgeborene Kinder kann sich nach unserer Einschätzung nur in einer transdisziplinären Frühförderung verwirklichen: Medizinische, pflegerische Betreuung einerseits, andererseits die Unterstützung der Eltern, mit ihrem Kind in Interaktion zu treten.“ (Fröhlich 1997, S. 178)

2.1.1 Die Ursprünge der Frühförderung

Im Altertum wurde die Erziehung der Kinder bis zum sechsten Lebensjahr den Müttern überlassen. Erst dann stellte die Gesellschaft Ansprüche, bei der Erziehung mitwirken zu wollen. Platon meinte, die Kinder gehörten weniger den Eltern, als dem Staat. Der römische Pädagoge Quintilian forderte ebenfalls Anregungen zur Entwicklung, damit das Kind zu einem gebildeten und sittlichen Menschen heran wachsen könne. Comenius (Theologe aus dem 17. Jahrhundert) wirkte mit seiner Schrift „Große Unterrichtslehre“ sehr nachhaltig auf die weitere Entwicklung der Pädagogik ein. Während der Aufklärung kam liberales Gedankengut, wie die grenzenlose Vervollkommnung des Menschen durch Erziehung, zur Pädagogik hinzu. (Straßmeier 1979, S. 26ff)

Frühförderung entstand Speck (1977, S. 13) zufolge in ihren frühen Ausformungen bereits 1959, als Hausspracherziehung hörgeschädigter Kinder. Die Initiatoren waren damals einzelne Gehörlosenlehrer. Die Etablierung schien schwierig, da sich die zuständigen Ressorts nur für Schul- und Kindergartenbildung verantwortlich sahen. Die vorhandenen Gesetze im Bildungssektor boten keine finanziellen Reserven für Erziehungs- und Bildungsaktivitäten im Frühbereich der Entwicklung.

Das erste umfassende Konzept für ein pädagogisches Frühfördersystem von behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder wurde 1973 vom Ausschuss Sonderpädagogik der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates vorgelegt. Diese Vorschläge erlangten großes öffentliches Interesse und schienen ein deutlich erkennbares gesellschaftliches Defizit anzusprechen. Vorerst schien der pädagogische Part der Frühförderung minderbewertet zu werden und nur der medizinische Part von großer Bedeutung zu sein. Deshalb gab es Überlegungen, ob nicht der pädagogische Teil mit dem medizinischen in einem Maße synchronisiert werden könnte, dass eine einheitliche und gemeinsame Institution der Früherkennung und Frühförderung möglich würde. Auf Seiten der Pädagogik wurde ein solcher Wunsch der Zusammenarbeit klar ausgesprochen. Auf ärztlicher Seite gab es Bedenken, die damit begründet wurden, dass nur wenige Informationen über die pädagogischen Absichten vorhanden waren. (ebd.)

Heute ist Frühförderung „... *ein Hilfsangebot für Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, und auch für deren Eltern und andere Personen, die Elternfunktionen wahrnehmen.*“ (Thurmair, Naggl 2007, S. 13)

Frühförderung hat als Ziel, Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsgefährdungen Hilfeleistungen anzubieten, die dazu beitragen, dass die Kinder sich optimal und ihrem Gesundheitszustand entsprechend gut entwickeln, ihre Kompetenzen entfalten und sich in ihre Lebenswelt integrieren können. (ebd.) Nach der Definition des Sozialwesens gilt ein Mensch als behindert, wenn eine normale Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der staatlichen Gemeinschaft gefährdet oder ausgeschlossen ist. (Thurmair 1983, S. 36)

Frühdiagnostik, Förderung und Therapie von entwicklungsverzögerten Kindern, Elternberatung und soziale Hilfen sind zentrale Aufgaben, die allein durch Heilpädagogik nicht gelöst werden können. Deshalb müssen Heilpädagogik, Medizin, Soziologie und Psychologie in gleichem Maße zusammen arbeiten. (Schmutzler 2006, S. 5)

2.1.2 Die Arbeitsprinzipien der Frühförderung

Während der konzeptionellen Entwicklung der Frühförderung konnten vier Prinzipien herausgebildet werden:

- 1) Ganzheitlichkeit
- 2) Familienorientierung
- 3) Interdisziplinarität
- 4) Vernetzung

Ganzheitlichkeit meint die spezifische Orientierung der Angebote in Diagnostik, Förderung und Therapie der Kinder. Diagnostik, Therapie und Förderung sollen in Bezug auf die individuelle Entwicklung des Kindes auf ein umfassendes Konzept abgestimmt werden und möglichst auch nur von einer Person durchgeführt werden. Die Ganzheitlichkeit steht den methodisch verengenden und spezialisierenden Ansätzen gegenüber. Nicht immer ist Ganzheitlichkeit auch durchzusetzen, da der zum Teil umfangreiche Hilfsbedarf des Kindes, die fachliche Entwicklung der einzelnen Disziplinen und die schlechte Verfügbarkeit von Frühförderung in den ländlichen Regionen dem Prinzip der Ganzheitlichkeit entgegen wirkt. Des Weiteren nützen die Eltern in schweren Fällen noch zusätzliche Angebote neben der Frühförderung.

Familienorientierung bedeutet, dass Frühförderung versucht, die Therapie und Förderung immer im familiären Kontext einzubetten. Dies dient merklich dem Therapieprozess. Die Verantwortung der Eltern für ihr Kind und dessen Erziehung wird wahrgenommen und geachtet. Die Anliegen der Eltern werden im Verlauf der Therapie immer wieder mit jenen der Therapeutin⁶ abgestimmt. Arbeitspraktisch bedeutet Familienorientierung die Verbindung von Angeboten für das Kind mit Angeboten der Beratung der Eltern.

Interdisziplinarität benennt ein Arbeitsprinzip der Frühförderung, das eine fachlich gegebene Arbeitsteilung im Interesse der optimalen Entwicklung des Kindes aufzuheben versucht. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der Frühförderung mit

⁶ Die Autorin verwendet hier bewusst die weibliche Form, da in Österreich vorwiegend Frauen als Frühförderinnen tätig sind.

den medizinisch-therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Berufsgruppen gefordert. Weiters ist Interdisziplinarität gebunden an Formen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften, die sicherstellen, dass fallbezogene sowie fächerübergreifende Kooperation möglich ist.

Vernetzung beschreibt die Aufgabe, Frühförderung in umliegende Systeme einzubetten. Zum Ersten bezieht sich die Vernetzung auf das System Familie und nahestehende Personen sowie Institutionen und Behörden, und zum Zweiten bezieht sich Vernetzung auf die regionale Beschaffenheit von Angeboten für die Familie im Allgemeinen. Die Frühförderung leistet einen großen Beitrag zur Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Ressourcen in den jeweiligen Regionen und den Rechten, der von ihr betreuten Kinder, Geltung zu verschaffen. (Thurmair, Naggl 2007, S. 26ff)

2.1.3 Adressaten der Frühtherapie und Frühförderung

Die Aufmerksamkeit der Frühförderung richtet sich vor allem auf:

- Säuglinge und Frühgeborene mit Entwicklungsrisiken,
- mehrfachbehinderte Kinder,
- Kinder mit Verhaltensbesonderheiten und Lern- und Leistungsstörungen,
- entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien und
- verunsicherte Eltern und Familien.

Die Entwicklungsrisiken von Säuglingen und Frühgeborenen werden vorerst im medizinischen Kontext bekannt. Untersuchungen, Diagnose, Therapie und Beratung gehen aus dem medizinischen Hintergrund hervor. Frühförderung muss speziell in diesen Fällen engen Kontakt zu den Krankenhäusern haben, wobei besonders medizinisch-therapeutische Maßnahmen der Frühförderung wichtig sind. Die besondere Aufmerksamkeit der Frühförderung liegt auf den sehr unreifen Frühgeborenen, da bei diesen das Risiko von bleibenden Entwicklungsverzögerungen bis ins Schulalter und darüber hinaus am größten ist.

Behinderten Kindern und ihren Familien sehr früh ein Angebot der Frühförderung vorzuschlagen, ist Kernaufgabe der Frühförderstellen. Meist sind den Frühförderstellen im frühen Kindesalter nur Kinder mit schwerwiegenderen

Beeinträchtigungen bekannt, da leichtere Behinderungen übersehen oder ignoriert werden.

Kinder mit Verhaltensbesonderheiten und Lern- und Leistungsstörungen sind meist ab dem Kindergartenalter in den Frühförderstellen bekannt. Sie werden vielfach durch die Erzieher im Kindergarten weitervermittelt. Etwa sechs Prozent der Kinder pro Jahrgang haben speziellen Frühförderbedarf aus den oben genannten Gründen.

Entwicklungsgefährdeten Kindern aus sozial benachteiligten Familien eine bessere Chance verschaffen zu können, war in den Frühzeiten der Frühförderung ein romantisches Ideal der Organisation. Systematisch Frühförderung zu betreiben, konnte sich nicht etablieren. Trotzdem zählen Kinder aus sozial benachteiligten Familien zu einer wichtigen Klientel der Frühförderung, nicht zuletzt deshalb, da die Armutsgefährdung immer größer wird.

Verunsicherte Eltern sind in den letzten Jahren vermehrt in den Frühförderstellen anzutreffen. Insbesondere um entwicklungsdiagnostische Abklärungen und alltagsspezifische Beratung in Anspruch zu nehmen. Besonders alleinerziehende Mütter und Mütter in schwierigen Lebenslagen zählen zu den Klienten dieser Zielgruppe. Die Frühförderstellen geben hier Rat aus eigenen Erfahrungen in Entwicklungsverläufen und versuchen präventiv wirksam zu sein. (Thurmair, Naggl 2007, S. 13ff)

Der Begriff Frühtherapie beinhaltet sowohl medizinische als auch pädagogisch-psychologische Elemente von Therapie. Frühtherapie beinhaltet Physiotherapien, die auf die Normalentwicklung der Bewegungsfähigkeit abzielen Sprachtherapien, die logopädische Maßnahmen zur Behebung von Sprachrückständen beinhalten, Esstherapien und Ergotherapien zur Förderung sensomotorischer, sozialer und geistiger Kompetenzen. Weiters umfassen Frühtherapien Spieltherapien zur Entwicklung der Spielfähigkeit und zur Aufdeckung psychosozialer Störungen, Festhaltetherapien zur Förderung der Kontaktaufnahme und Verhaltenstherapien zum Aufbau erwünschter bzw. Abbau unerwünschter Verhaltensweisen. (Schmutzler 2006, S. 171f)

2.1.4 Diagnose und Befund

Die Diagnose stellt der betreuende Arzt. Sie umfasst die objektive Untersuchung und Erkennung von Krankheitsbildern sowie die subjektive Schilderung der Eltern über die Entwicklung des Kindes, Reflexuntersuchungen zur Feststellung des Entwicklungsstandes und des Schweregrades der Störung, die notwendigen Folgeuntersuchungen wie EMG (Messung der im Blut vorhandenen Atemgase), CTG (kindliche Herztöne aufzeichnen), EEG (Aufzeichnung der Gehirnströme), genetische Untersuchungen, Laboruntersuchungen und Röntgenuntersuchungen sowie die Aufklärung der Eltern und Verordnung einer geeigneten Therapie. Nachdem die Eltern die Diagnose einer Entwicklungsverzögerung oder Behinderung erhalten haben, wenden sie sich an die Frühtherapie. Oft sind die Eltern sehr verunsichert, weil sie die Situation überfordert und die Ärzte die Diagnose viel zu kompliziert und missverständlich weitergegeben haben. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten und Eltern ist leider noch keine Selbstverständlichkeit.

Der Befund wird zu Beginn der Therapie und später halbjährlich von Frühtherapeuten gestellt. Dieser stellt nicht die Störung fest, sondern hat eine weitaus wichtigere Bedeutung:

- Ein guter Befund gibt den Eltern Sicherheit und Klarheit.
- Er erklärt durch die exakte Beurteilung den folgenden Therapieplan.
- Ein guter Befund bringt den Therapieansatz „auf den Punkt“ und erspart dem Kind eine Unter- bzw. Überforderung.
- Er hilft den Eltern zu fragen, was sie vorher oft nicht gewagt haben zu fragen.
- Ein guter Befund ist für die Eltern die beste Motivation zur Mitarbeit.

Der Befund setzt sich aus einer ausführlichen Prüfung der gesamten Entwicklung zusammen. Es werden hören, sehen, spüren, Reflexe sowie die sieben Lagereaktionen (das sind Reaktionen auf schnelle Lageveränderungen) geprüft und analysiert. Die Ergebnisse werden in eine Tabelle eingetragen und führen so zu einem Therapieansatz. (Zinke-Wolter 2000, S. 197ff)

2.1.5 Ziele der Frühförderung

Die Ziele der Frühförderung lassen sich für verschiedene Adressaten definieren: Für das Kind, für die Eltern, für andere Erziehungsverantwortliche und gesellschaftliche Anliegen.

Bezogen auf das Kind lassen sich drei Ziele definieren. Die Therapie und Förderung muss wertvoll sein für die Entfaltung der Kompetenzen des Kindes, für die Entwicklung des Selbstwertgefühls und für die Integration in deren Lebenswelt. In Bezug auf die Kompetenzen des Kindes wird vor allem von den funktionellen Beeinträchtigungen gesprochen, die für die Maßnahmen in der Therapie und Förderung ausschlaggebend sind. Es geht um die Minderung von körperlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkung auf die Entwicklung. Das Selbstwertgefühl ist für das Kind der Dreh- und Angelpunkt der Motivation, Kompetenzen zu entwickeln und mitzuarbeiten. Das Kind soll in der Therapie auch die Möglichkeit bekommen, selbst mitzugestalten. Mit Hilfen zur Integration in die Lebenswelt sind sowohl kindbezogene als auch umweltbezogene Ebenen gemeint. Dem Kind soll geholfen werden, einfacher mit den Partnern in seiner Lebenswelt in Kontakt zu treten. Umweltbezogene Hilfen sind beispielsweise Dolmetscherfunktionen der Frühförderin in Bezug auf die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes.

Frühförderung hat im Hinblick auf die Eltern zwei wichtige Funktionen. Die Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihrem Kind zu erweitern und zu stärken und die Eltern in der Auseinandersetzung mit ihrer Situation zu unterstützen. Frühtherapeuten und –förderinnen geben den Eltern professionelle Anleitungen, um deren Kompetenzen im Umgang mit den besonderen Entwicklungsbedürfnissen ihres Kindes zu stärken. Die Auseinandersetzung mit der Situation, ein behindertes Kind zu haben, ist von Familie zu Familie unterschiedlich und erfordert ein sensibles Gespür von Seiten der Frühförderin, wieviel Unterstützung jeweils von Nöten ist.

In Bezug auf die gesellschaftlichen Anliegen kümmert sich Frühförderung darum, dass die notwendigen Hilfen und Einrichtungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien erreichbar und auch verfügbar sind. Weiters sucht Frühförderung nach Wegen, die gesellschaftliche Integration von behinderten Menschen weiter zu entwickeln. (Thurmair, Naggl 2007, S. 22ff)

2.2 Zugang zur Frühtherapie und Frühförderung - Kontaktaufnahme

Die Hauptaufgaben der Eltern, in Zusammenhang mit der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen, sind die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt. Die letzten Untersuchungen nehmen jedoch nur noch 58 Prozent der Eltern in Anspruch. Dies stellt ein großes Versäumnis von Seiten der Eltern dar, weil mit zunehmendem Alter des Kindes die Aufdeckungswahrscheinlichkeit einer Entwicklungsverzögerung größer wird. Werden durch nicht eingehaltene Untersuchungen Schäden und Funktionsschwächen nicht aufgedeckt, so können langwierige Lern-, Sprach- und Bewegungsschwierigkeiten entstehen und sich manifestieren. Eltern sollten in jedem Fall einen Arzt aufsuchen, wenn bei ihrem Kind folgende Symptome erkennbar sind:

- Störungen der Entwicklung des Kriechens,
- Störungen der Entwicklung des Sitzens,
- Störungen des Stehens und Gehens,
- Störungen der Greif- Entwicklung,
- Störungen des Seh- und Gehörsinnes,
- Störungen der Sprachentwicklung und
- Störungen der Sozialentwicklung. (Schmutzler 2006, S. 50ff)

Ist die Störung gleich nach der Geburt offensichtlich und erkennbar, haben die Eltern viele Unsicherheiten und Fragen. In diesem Fall kann sofortige Unterstützung angeboten werden. In der Regel findet die Untersuchung mit der Diagnosestellung im vierten Lebensmonat des Kindes statt. (Zinke-Wolter 2000, S. 270)

2.2.1 Die besondere Situation von Eltern frühgeborener Säuglinge in Bezug auf Frühförderung und Frühtherapie

Für Eltern von frühgeborenen Kindern stellt sich eine etwas andere Art der Kontaktaufnahme mit der Frühförderung dar. Bereits während des stationären Krankenhausaufenthalts kommen die Eltern in Kontakt mit Therapeuten. Sie werden durch die Frühgeburt mit speziellen Problemen konfrontiert, die wiederum die Grundlage für Gespräche mit den Therapeuten und der Frühförderin bilden. Die Experten müssen im Gegenzug auf die spezielle Situation in adäquater Weise

reagieren. Es gilt, die Besonderheit der Frühgeburt, durch ihr plötzliches und unvorhersehbares Auftreten, worauf die Eltern meist psychisch nicht vorbereitet sind, mit zu berücksichtigen. Die Frühgeburt wird von allen Eltern als eine Krise beschrieben, die sich konträr zur normalen Schwangerschaft entwickelt hat. Es werden ausführlich die äußeren Aspekte, wodurch es zu einer verfrühten Geburt kam, beschrieben. Es darf allerdings auf keinen Fall auf den emotionalen Aspekt der Krise, die quälende Ungewissheit und die Schuldgefühle von Seiten der Eltern vergessen werden. Kommunikation und Gespräche mit den Experten sind ein wichtiger Aspekt in der Aufarbeitung dieser Krise. Informationen von Seiten der Fachleute über den Gesundheitszustand des Frühchens ist eine Form der Kommunikation, die nicht übersehen werden darf. Eltern kritisieren, dass sie sich Informationen über den Zustand ihres Babys regelrecht erkämpfen mussten. Gleichzeitig wirken die vielen Geräte, an die der Säugling angeschlossen ist, bei unzureichender Aufklärung bedrohlich und verunsichernd. Bücher werden aus Bibliotheken ausgeliehen und es werden selbst Nachforschungen angestellt. Besser ist in jedem Fall eine ehrliche, emphatische, allerdings keine beschönigende Auskunft, von Seiten der Fachleute über den Gesundheitszustand des Kindes. Die Autonomie der Eltern muss in der Therapie gewahrt bleiben, indem die individuellen Beobachtungen und Erfahrungen der Eltern anerkannt und in die begleitende Therapie mit einbezogen werden. (Heinen, Simon 1998, S. 89ff)

Jotzo und Schmitz (2001, S. 85) haben in ihrer Studie über den Verlauf von Bewältigungsstrategien von Eltern nach Frühgeburten heraus gefunden, dass frühgewordene Eltern nach einer Frühgeburt vor allem nach sozialen Unterstützungssystemen zur besseren Bewältigung suchen. Neben den notwendigen Behandlungen und Therapien für das Frühgeborene, scheint vor allem eine psychologische Betreuung der Eltern, speziell in den ersten Tagen nach der Frühgeburt, sehr sinnvoll. (ebd.)

Eckert (2008, S. 3ff) ist der Überzeugung, dass eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Situation der Eltern von frühgeborenen Kindern, im Kontext der Frühförderung, unumgänglich sei. Diese sei die Voraussetzung für ein besseres Verständnis der familiären Hintergründe und die darauffolgende Abstimmung der Handlungsweisen. Speziell die persönlichen Ressourcen der Familie, die vorhandene Stressbelastung und die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Vater, werden bei der Auswertung der Ergebnisse mitberücksichtigt.

Danach wird nach geeigneten Hilfsangeboten für die Familie und das frühgeborene Kind gesucht. Mütter scheinen, Eckert zufolge, von den familiären Belastungen, die ein frühgeborenes Kind mit sich bringt, deutlich stärker betroffen zu sein. Daraus lässt sich ein allgemeiner Entlastungsbedarf der Mütter (sei es durch die Väter oder andere unterstützende Personen) vermuten. Weiters haben die Mütter ein stärkeres Bedürfnis nach professioneller Beratung und Kommunikation mit Fachleuten als Väter. Sie äußern, öfter als Väter, den Wunsch nach einer psychosozialen Beratung, in der sie persönliche Sorgen und Gefühle kommunizieren können. Die Frühförderstellen müssen ein auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Eltern abgestimmtes Hilfsprogramm herausarbeiten. Dabei sollen speziell die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien von Müttern und Vätern, in Bezug auf das Stresserleben durch ihr frühgeborenes Kind, von der Frühförderung differenziert betrachtet und auch betreut werden. (ebd.)

Bei der Versorgung von frühgeborenen Säuglingen stehen die medizinisch-pflegerischen Maßnahmen meist im Vordergrund, wodurch die Gefahr besteht, zu kindzentriert zu agieren und die Sicht auf das gesamte Familienumfeld des Frühgeborenen zu verlieren. Ein wichtiger Bestandteil der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Eltern stellt daher die kontinuierliche Kommunikation von gemeinsamen Zielen und Bedürfnissen dar. Dadurch werden die gegenseitigen Erwartungen transparent gemacht und eine Vertrauensbasis gelegt. Es ist von großer Wichtigkeit, dass das Angebot der Frühförderung den Eltern bekannt ist und dadurch greifbar wird. Eltern stellen an die Frühförderung hohe Ansprüche und erwarten regelmäßige Informationen über Angebote und finanzielle Hilfen. Sie beklagen oft während des Krankenhausaufenthaltes ihres Kindes den mangelnden Informationsfluss und die fehlende mentale Unterstützung in Bezug auf Gesprächsgelegenheiten. Das medizinische Personal kann diesen Anforderungen durch die Überlastung im medizinisch-pflegerischen Bereich nicht gerecht werden. Hier wäre eine interdisziplinäre Kooperation mit Frühförderstellen wünschenswert und ratsam. Eine optimale Versorgung von frühgeborenen Kindern und deren Eltern ist einzig durch eine fächerübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Disziplinen zu ermöglichen. Ob alle zu offener Kommunikation bereit sind, sei, laut Heinen und Wigger-Toelstede (1999, S. 59ff), fragend dahingestellt.

2.2.2 Eltern-mit-arbeit in der Frühförderung und Frühtherapie

Frühförderung hat die Aufgabe beeinträchtigte Kinder in ihrer Entwicklung mit bestimmten Maßnahmen zu therapieren, woraus sich ergibt, dass die Frühförderung, in manchen Bereichen die Kompetenzen der Eltern relativiert. Die Erfüllung der elterlichen Pflichten reicht bei Kindern mit Frühförderbedarf nicht aus, es müssen daher gewisse Kompetenzen der Eltern in Zusammenarbeit mit der Frühförderin erweitert werden. Im Vordergrund stehen immer das Interesse und die Entwicklung des Kindes, wodurch es zu Konflikten zwischen den Eltern und der Frühförderin kommen kann, da die Interessen der Eltern für die Frühförderarbeit keine primäre Rolle einnehmen. Die Frühförderung stellt der Rat- und Hilflosigkeit der Eltern konkrete Programme und Ziele gegenüber. Trotzdem sollten Frühförderin und Eltern kooperieren und sich akzeptieren können, da eine Mitarbeit der Eltern unumgänglich ist. Eltern tendieren oftmals dazu, im Angebot der Frühförderung, Hilfe für ihre eigenen Probleme zu sehen. Um das Angebot sinnvoll gestalten zu können, müssen in Zusammenarbeit mit der ganzen Familie Zielsetzungen besprochen werden. So können mit der Zeit Ängste abgebaut und gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden. Früher wurde von der elterlichen Inkompetenz ausgegangen. Heute wird in der Frühförderung die elterliche Kompetenz anerkannt und gefördert. Ziel der Frühförderung in der Elternarbeit ist es, die Eltern als Mittel zum Zweck der Frühförderung einzusetzen. (Thurmair 1983, S. 38ff) Heinen und Simon (1998, S. 87) meinen, die Bedeutung der Elternarbeit in der Frühförderung, und ihre wichtige Funktion in der Begleitung ihrer Kinder sei von den Fachleuten in den letzten zwanzig Jahren immer mehr erkannt und auch eingefordert worden.

Warnke (1983, S. 64ff) ist der Meinung, dass sich die Aufgaben des Therapeuten, des Arztes und der Pädagogen durch die Einbeziehung der Eltern ganz entschieden verändert haben. Die professionelle Arbeit konzentrierte sich nicht mehr ausschließlich auf das Kind sondern beinhaltet eine Zusammenarbeit mit den Eltern, welche Teile der Therapie zu Hause weiter führen. Der Therapeut hat die Aufgabe, die Eltern in ihren Fähigkeiten und in ihrer Motivation zu stärken und zu bestätigen. Die doppelte Anforderung an den Therapeuten wird durch jeweilige Aus- und Weiterbildungen verstärkt geschult. Der Therapieerfolg stellt sich nur dann ein, wenn die Eltern die jeweiligen Übungen und Handgriffe verstanden haben und auch erkennen können, dass diese den erwünschten Effekt haben. (ebd.) Die Arbeit der

Frühförderung beinhaltet auch, der Familie verständlich zu machen, dass Entwicklungsfortschritte nicht nur durch Therapie zu erzielen sind sondern eine intakte und harmonische Familie gleichsam von Nöten ist. Eine familiäre, menschliche Umgebung ist wichtig, die sich durch offene Kommunikation auszeichnet und Spielraum zur persönlichen Entfaltung lässt. Die Motivation der Fachleute, sich auch mit Familienarbeit auseinanderzusetzen rührt daher, dass ohne eine unterstützende Familie und nur durch fördernde Arbeit mit dem betroffenen Kind, keine befriedigenden Entwicklungsfortschritte festzustellen sind. Die Fachleute sehen sich durch ihre Ausbildung und spezifischen Kenntnisse vorrangig als Experten im Umgang mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern. Durch ihre Konzentration auf das Kind, regen sie fast automatisch das elterliche Gewissen an, sich auch stark mit dem Kind zu befassen. Es kann passieren, dass die Eltern Fachleute als „die besseren Eltern“ empfinden, was zu Rivalitäten führen kann. Wenn die Frühförderin es schafft, ihr Blickfeld vom Kind auf die Gesamtsituation der Familie zu erweitern, kann der Teufelskreis aus Verunsicherung, Angst und Schuldgefühlen durchbrochen werden. (Spörri 1983, S. 131f)

2.3 Mutter-Kind-Beziehung im Bezug auf Frühtherapie

Brisch (2007, S. 271ff) hat sich mit der postnatalen Bindung von Müttern zu ihren ungeborenen Babys beschäftigt. Während der pränatalen Zeit gibt es ihm zufolge einen sehr intensiven Austausch zwischen Mutter und Fetus. Selbst wenn über den emotionalen Zustand des Fetus keine Aussagen gemacht werden können, so steht fest, dass sich der emotionale Zustand der Mutter auf jenen des Babys auswirkt. Der Autor weist auf die präventive Wirkung von pränataler Psychotherapie von werdenden Müttern hin. Es wird aufgezeigt, dass bereits während der Schwangerschaft die Bindung zum Kind gefördert werden kann und eine gewisse Prozentzahl von Frühgeburten durch präventive Psychotherapie verhindert werden könnte. Speziell bei Vorsorge-Ultraschalluntersuchungen empfinden Mütter große Ungewissheit und Angst vor einer möglichen Fehlbildung ihres Babys. Diese Angst löst in der werden Mutter großes Stresserleben aus, das sich negativ auf den Fetus auswirken kann. Insbesondere Mütter, die schon Erfahrungen mit Fehl- und Totgeburten machen mussten, sind vor jeder Ultraschalluntersuchung in erhöhtem Maße angespannt. Hier reicht die Mitteilung vom Normalbefund der Untersuchung

nicht aus, um die Frauen vor steigenden Angstwerten zu schützen. Als Fazit dieser Studie kann geschlossen werden, dass in allen Spezialambulanzen, in denen pränatale Untersuchungen durchgeführt werden, unmittelbar vor Ort eine psychologische Betreuung der werdenden Mütter und Väter angeboten werden sollte. Diese Betreuung kann für die Schwangere eine große emotionale Entlastung bedeuten und dem Abbau der Angst dienen. Es wäre möglich, werdende Mütter beispielsweise während der Wartezeiten über ihre Ängste zu befragen und bei unzureichenden Bewältigungsstrategien direkt zu begleiten und Beratung anzubieten. (ebd.)

Die zu frühe Geburt trifft die Mutter mitten im Beziehungsaufbau zu ihrem pränatalen Baby und unterbricht diesen abrupt. Mütter, die zu diesem Zeitpunkt entbinden, sind im psychologischen und praktischen Sinn unvorbereitet auf ihre neue Mutterrolle. Es wurden meist noch keine Geburtsvorbereitungskurse besucht, der Zeitpunkt des Mutter-Schutz-Urlaubs war noch gar nicht erreicht, die Wohnung ist noch unvorbereitet, Klinik und Name des Babys wurden in vielen Fällen noch nicht ausgewählt. Nach der Frühgeburt ist rasch eine Anpassung an die Realität gefordert, obwohl Gefühle des Versagens und Verlustes über die missglückte Schwangerschaft überwältigend sind. Um die Eltern in dieser schwierigen Zeit optimal begleiten und unterstützen zu können, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter der medizinischen Einrichtung um die auftretenden Gefühle wissen und deren Ausdrucksformen erkennen können.

Schock ist meist die erste Reaktion auf die Trennung vom Baby. Die Eltern sind von den Gefühlen überwältigt, reagieren desorganisiert und impulsiv und haben Mühe, Informationen aufzunehmen. Eltern, die voller *Angst* sind, fällt die Beziehungsaufnahme zu ihrem Baby besonders schwer und sie besuchen es auch kaum. Eltern, die ausgeprägte Schuldgefühle aufweisen, wiederholen immer wieder „Es ist alles meine Schuld...“. *Depressionen* äußern sich durch Wortlosigkeit, Teilnahmslosigkeit, häufiges Weinen und Energieverlust. Zuletzt ist *Wut* ein mächtiges Gefühl, das die Eltern in der Zeit nach der Frühgeburt quält. Wut auf die Ärzte, auf die Familie oder auf Gott. Wichtig für wütende Eltern ist, in Maßen ihre Wut äußern zu können. Meist ist Wut jedoch ein Ventil, um die Hilflosigkeit in dieser Situation aushalten zu können. (Sarimski 2000, S. 61f)

2.3.1 Einflussfaktoren auf den Bewältigungsprozess der traumatisierenden Erfahrung der Frühgeburt

Die bessere oder schlechtere elterliche Bewältigung der Frühgeburt ist von unterschiedlichsten Faktoren abhängig. Die Reaktionen der Eltern sind oft sehr konträr und von ihren persönlichen Vorerfahrungen geprägt.

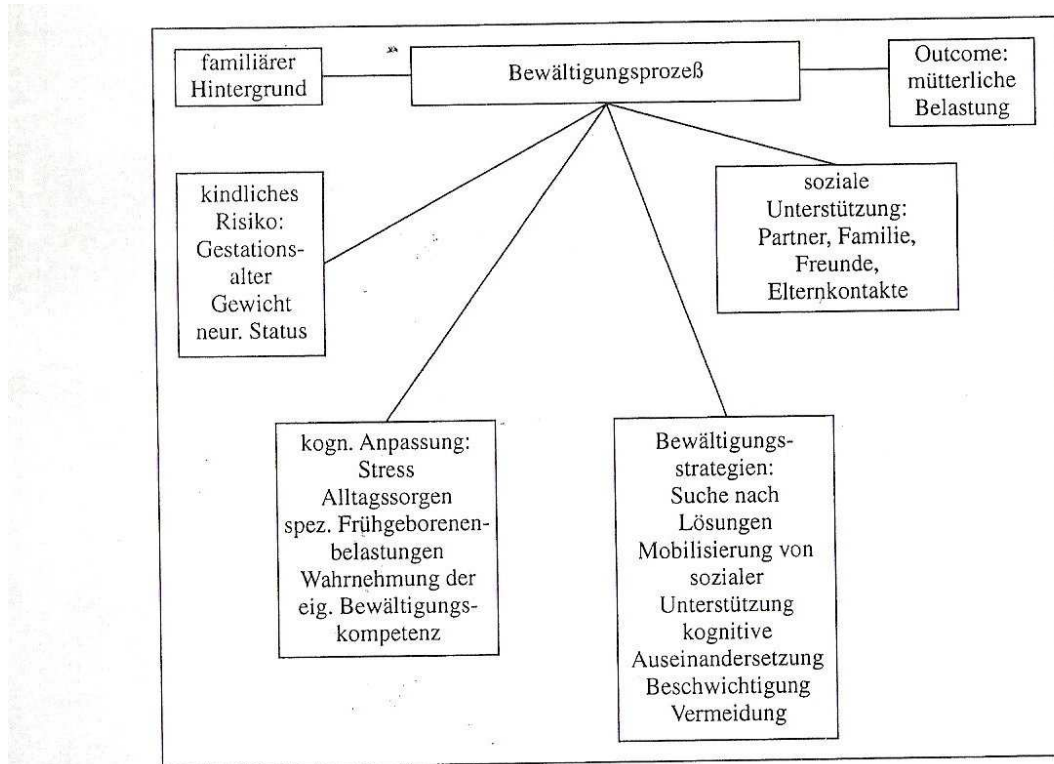


Abb.4 Bewältigungsprozess, SARIMSKI, Klaus (2000): Frühgeburt als Herausforderung. In: Petermann, Franz (Hg): Klinische Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 70

Hänsenberger-Aebi (2007, S. 288f) stellt fest, dass der Beziehungsaufbau der Mutter zu ihrem frühgeborenen Kind unter erschwerten Bedingungen statt findet. Die Angst, das Kind könnte sterben und die räumliche Trennung vom Kind durch die Intensivstation, hemmen die Bereitschaft der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden. Weiters ist die Fremdbetreuung des eigenen Kindes durch das Krankenhauspersonal schwer auszuhalten und bewirkt eine emotionale Zerrissenheit. Sobald das Überleben gesichert ist, machen sich die Eltern Sorgen und Gedanken über die spätere Entwicklung ihres Kindes und mögliche Folgeschäden, die aus der zu frühen Geburt resultieren. Studien belegen, dass Mütter ihre frühgeborenen Kinder weniger häufig berühren, sie seltener anschauen, häufiger versuchen, ihre Aufmerksamkeit zu lenken oder ihr Spiel zu steuern, sie halten ihre Kinder in größerer Entfernung

vom eigenen Körper und lächeln sie seltener an. Die gegenseitige Kontaktaufnahme fällt grundsätzlich schwer. (ebd.) Die Känguru-Pflege ist Marshall (2007, S. 123) zufolge ein geeignetes Instrument, um eine engere Bindung der Mutter zu ihrem Frühchen zu erwirken. Beobachtungen ergaben, dass sich Herzschlag, Temperatur und der Rhythmus der Atmung bei der Känguru-Pflege stabilisierten und keine vermehrten Atemstillstände auftraten. Der enge Haut-zu-Haut-Kontakt unterstützt die Reifung der psychischen, emotionalen und kognitiv-regulatorischen Fähigkeiten des Säuglings und unterstützt den Bindungsaufbau der Mutter zu ihrem Baby. (ebd.)

Minde (1986, S. 154f) untersuchte die Mutter-Kind-Beziehung von Frühgeborenen und stellte fest, dass kranke Frühchen deutlich weniger motorische Aktivität zeigten als gesunde. Nach ihrer Genesung waren sie jedoch von den gesunden Frühgeborenen nicht mehr zu unterscheiden. Die Mütter der kranken Babys zeigten ebenfalls wenig Aktivität im Umgang mit ihren Kindern. Sie fassten sie kaum an und lächelten sie weniger an. Nach der Genesung war keine Änderung im Verhalten der Mütter feststellbar. Sogar drei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus redeten und spielten die Mütter der ehemals kranken Säuglinge weniger mit ihren Babys als jene, die gesunde Babys hatten. Die Mütter empfanden ihre Babys noch lange nach ihrer Gesundung als krank und fragil und behandelten sie auch dementsprechend. Die Mütter konnten die Verbesserung des medizinischen Zustandes ihres Kindes nicht erkennen. Es wird verdeutlicht, dass ein Trauma wie jenes der Frühgeburt, die Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung stark beeinträchtigen kann und großer Unterstützungsbedarf besteht. (ebd.)

Die Frühförderung hat großes Interesse daran, das sehr kleine Frühgeborene so schnell wie möglich in Kontakt zu seiner primären Bezugsperson zu bringen, um dieses zu begleiten und zu unterstützen. Eine gelungene Mutter-Kind-Beziehung wirkt sich förderlich auf die weitere Entwicklung des Säuglings aus. Im umgekehrten Falle allerdings auch. Ein Zugang der Frühförderung auf neonatologische Intensivstationen erfordert die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Fachpersonal, welche oftmals sehr schwer durchzusetzen ist. (Hänsenberger-Aebi 2007, S. 290)

Papousek, Papousek und Giese (1986, S. 53ff) messen den Erfahrungen, die ein Früh- und Neugeborenes macht, überragende Bedeutung für die gesamte

psychische Entwicklung bei. Bis heute ist die frühe Beziehung des Säuglings zu seiner Mutter unbestritten und stellt den Anspruch, für die weitere Entwicklung grundlegend zu sein. Die gute nährenden Brust und das Gefühl des „Gehalten – werdens“ werden als unentbehrlich für das emotionale und körperliche Gedeihen des Säuglings erachtet. Dies stellt den Grundstein für die spätere Bindungs- und Beziehungsfähigkeit dar. Papousek et al zeigten durch frühe Untersuchungen im Labor, dass ein Säugling ab dem Zeitpunkt der Geburt zu einfachen Lernprozessen fähig ist. Systematische Beobachtungen von Alltagssituationen wie Füttern, Wickeln oder Säubern haben aufgezeigt, dass die Eltern ihr Kind aus der optimalen Sehentfernung von ca. 40 bis 50 Zentimeter Abstand betrachten. Bei Zwiegesprächen verringern sie den Abstand auf ca. 22,5 Zentimeter, das wiederum den optimalen Abstand darstellt. Weiters halten Eltern stets Blickkontakt während der Kommunikation, so als wüssten sie um die Wichtigkeit des Blickkontaktes für die zwischenmenschliche Kommunikation. Säuglinge reagieren darauf stets mit einer Art „Grußreaktion“ durch hochgezogene Augenbrauen und einen halb offenen Mund. Eine weitere kognitive elterliche Reaktion ist die Tendenz, kindliche Verhaltensäußerungen nachzuahmen sowie die Ammensprache, bei der Eltern automatisch ihre Sprechweise gegenüber ihrem Säugling ändern. Dies trägt zur Entwicklung der kindlichen Selbstwahrnehmung bei. Durch die Interpretation der frühen Verhaltensentwicklung kann eine mögliche Störung der Eltern-Kind-Beziehung aufgedeckt werden. Papousek et al halten es im Hinblick auf die Vorbeugung ungünstiger Entwicklungsverläufe von Säuglingen für dringend notwendig, das Selbstwertgefühl der Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen zu stärken. (ebd.)

2.4 Die Entwicklung eines frühgeborenen Kindes

Entwicklung ist die Veränderung in Abhängigkeit des Lebensalters. Entwicklung und deren normaler Verlauf wird durch Entwicklungstests gemessen. Die dabei beobachteten Ergebnisse geben Auskunft darüber, ob das Kind sich bis zum Testzeitpunkt durchschnittlich entwickelt hat oder es in einzelnen Entwicklungsbereichen nicht altersgemäße Verhaltensweisen aufzeigt. Dies ist hilfreich für die Diagnose von Störungen und die Wahl von geeigneten Interventionen. (Sarimski 1993, S. 7)

Sparshott (2000, S. 33) schreibt, dass früher davon ausgegangen wurde, dass neugeborene Babys unbeschriebene Blätter seien, die über keinerlei Vorerfahrung verfügten. Es wurde angenommen, sie seien passive Empfänger äußerer Reize ohne Kontrolle über ihre unmittelbare Umgebung. Die früheste Entwicklungsphase des Individuums wurde als „paradiesisch“ bezeichnet, weil ein Fetus im Mutterleib nur zu wachsen habe und keinerlei Gefühl für das Selbst habe. Diese Vorstellung ist eine angenehme, da es beruhigend ist zu glauben, dass für ein ungeborenes Kind alles perfekt ist. Dies ist erwiesener Maßen jedoch nicht so, denn Harmonie, Glück, Schmerz und Unbehagen sind Erfahrungen, die ab der Empfängnis gemacht werden. Körper und Seele entwickeln sich gemeinsam. (ebd.)

Bei der Entwicklung der Persönlichkeit schreiben biologisch orientierte Theoretiker der genetischen Vererbung die bedeutendste Rolle zu. Lerntheoretiker schreiben der Gabe der Beobachtung und des individuellen Verhaltens der Menschen den Hauptanteil der Persönlichkeitsentwicklung zu. Kognitionspsychologisch orientierte Theoretiker meinen, die Fähigkeit des Kindes sich an dessen Umwelt anzupassen, sei die Schlüsselrolle der Persönlichkeitsentfaltung. Theoretiker der Psychoanalyse heben sowohl die äußeren Einflüsse der Umgebung als auch die inneren Qualitäten des Kindes hervor. Die beiden psychoanalytischen Theoretiker, die sich am meisten mit der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern befasst haben, sind Sigmund Freud und Erik Erikson.

Freud ging davon aus, dass instinktive Triebe das Grundverhalten eines Kindes kontrollieren; der Geschlechtstrieb, der Lebenserhaltungstrieb und der Aggressionstrieb. Das Leben ist den Trieben und dem ständigen Versuch, diese zu befriedigen, gewidmet. Dabei stehen *Es* (der Trieb), *Über Ich* (das Gewissen) und *Ich* (das Bewusstsein des Menschen) in ständigem Austausch. Das *Es* steht dafür, was wir sein möchten, das *Über-Ich* dafür, was wir sein sollten und das *Ich* dafür, was wir sind.

Erikson beschäftigte sich mit psychosozialen Entwicklungsphasen im Laufe des Lebens eines Menschen. Die Identitätsentwicklung vollzieht sich durch die Interaktion des Menschen mit dessen Umgebung und den darin vorkommenden Menschen. (Sparshott 2000, S. 33ff)

Bei Frühchen läuft die regelrechte Entwicklung nicht nach der Norm. Trotzdem hat jedes Risikokind mit verzögerten oder gestörten Fähigkeiten auch solche, die nicht

beeinträchtigt sind. Das Kind braucht besondere Aufmerksamkeit und Beobachtung, um sich trotz aller Hindernisse entwickeln zu können. Die Eltern sollten sich nicht von Broschüren, Büchern und „Meilensteinen“ von gesunden Babys verrückt machen lassen, da die Entwicklungsschritte zeitverzögert eintreten und zu Frustration führen können. Wichtig für das Heranwachsen sind Atmosphäre und Orientierungsrahmen, der regelmäßige Rhythmus und das Vermeiden von Überforderung. Eltern sollen ihrem Kind den Respekt entgegen bringen, den es verdient und es nicht überfordern und nur Übungen durchführen, die dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechen und keine motorischen Entwicklungsschritte vorweg nehmen. (Aly 2002, S. 1f)

Der menschliche Nachwuchs ist bei der Geburt hilfloser als jede andere Spezies. Er muss sich jeder Behandlung unterwerfen, die ihm zuteil wird, da er nicht für sich selbst sorgen kann. Es gibt kaum Aufzeichnungen über traumatische Geburtserfahrungen bei Neugeborenen, während eine Vielzahl von Literatur über Schmerzen der Mutter während der Geburt zu finden ist. Der Übergang vom Mutterleib, in dem Harmonie herrschte und das Baby optimale Bedingungen vorfand, in eine völlig neue Welt, ist für ein Neugeborenes mindestens genauso schockierend und traumatisch. Manche Babys schreien, andere schauen verwundert, einige suchen gleich eine Gelegenheit zum Saugen und manche fallen in einen regelrechten Schockzustand, von dem sie sich nur schwer erholen. Neugeborenenintensivstationen werden als extrem stimulierend, sensorisch entbehrend oder dissoziierend (Verlust der Körperkontrolle) beschrieben. Jedes Frühchen reagiert anders darauf. Manche erscheinen aktiv und vertrauensvoll, andere schaffen einen Schutzwall um sich herum. Im Laufe der Zeit graben sich diese Babys dann einen Weg ins Freie. Es ist wichtig, dass das Pflegepersonal und die Eltern das Baby genau beobachten und die individuellen Hinweise eines Frühgeborenen richtig deuten und ihr Fürsorgeverhalten und die pflegerischen Maßnahmen auf das Kind abstimmen. Passiert dies in adäquater Weise, nimmt der Einfluss der „guten Umgebung“ zu und die Erinnerungen an die traumatische Geburt und die Torturen, denen das Frühchen seit seiner Geburt ausgesetzt wurde, nehmen ab. (Sparshott 2000, S. 42ff)

Vom ersten Tag an sucht das Neugeborene die Kommunikation mit seinen Eltern durch Blicke, Gesten und Laute. Die Eltern sollten im Umgang mit ihrem Kind ruhig und sanft sein. Ein ruhiges Ankleiden beispielsweise gibt dem Säugling Sicherheit. Weiters hilft das Sprechen während der Tätigkeit die Orientierung des Babys zu

unterstützen. Es werden die einzelnen Schritte erklärt. „Zuerst stecken wir den Kopf durch den Pullover, jetzt nehmen wir das linke Händchen und führen es durch den Ärmel...“. Es ist wichtig dem Frühchen seinen individuellen Zeitrhythmus zu geben, denn ein Baby, das aus eigener Initiative neue Positionen entdeckt, lernt leichter flüssige Bewegungsübergänge als eines, das frühzeitig in Positionen gebracht wird, die es noch nicht beherrscht. (Aly 2002, S. 3ff)

Das zu früh geborene Kind hat in erhöhtem Maße damit zu kämpfen, die lebensnotwendigen Funktionen wie Atmung, Verdauung, Bewahrung des Gleichgewichts, Bewegung, Anspannung, Entspannung, Aktivität und Ruhe aufrecht zu erhalten. Besonders schwer zu schaffen macht einem Frühchen die Verarbeitung der vielen Sinnesreize, denen es ausgesetzt ist. Es hat den Mutterleib und dessen schützende Hülle aufgeben und liegt nun winzig und ungeschützt im Inkubator, wo jedes Übermaß an Berührung, jedes Drehen und hochgenommen werden, irritiert. Frühgeborene öffnen in den ersten Lebensmonaten kaum ihre Augen. Sie verschließen sich buchstäblich vor der Reizüberflutung. (Aly 2002, S. 32ff)

Nachdem das primäre Überleben gesichert ist, folgt bald die Frage nach der regelrechten Entwicklung des Kindes. Weil Eltern befürchten, dass sich die Entwicklung ihres Kindes verzögern und es zurück bleiben könnte, versuchen sie ihrem Kind ehestmöglich therapeutische Hilfen und Förderungen zu ermöglichen. Der Hauptbeweggrund ist dabei die Befürchtung, eine medizinische Fördermöglichkeit zu versäumen, die ihrem Kind nutzen könnte. Frühförderung, die im ersten Lebensjahr angewandt wird, besteht meist aus Krankengymnastik und behandelt hauptsächlich hypotone (schwache) oder hypertone (besonders angespannte) Muskulatur. Im Vordergrund steht vorerst die motorische Entwicklung. Ziel der Frühförderung sind Entwicklungsschritte wie Kopfkontrolle, das Drehen in Rücken- und Bauchlage, das Abstützen auf die Arme in der Bauchlage. Weiters wird auch die sensorische Entwicklung gefördert. Das Wahrgenommene soll verarbeitet werden, das Körpergefühl und das Gleichgewicht sollten besser kontrolliert werden. (Aly 2002, S. 36ff)

Der Verlauf einer Therapie wird schrittweise gestaltet. Es werden Therapieziele definiert und Interventionen festgelegt. Beim Feststellen der Veränderungen spielt Beobachtung eine große Rolle. Die Therapeuten können Auffälligkeiten feststellen, die Aussagen der Eltern überprüfen, das Problemverhalten benennen und danach

die geeignete Intervention anbieten. In der Therapie von Babys und Kindern spielt die Beobachtung eine große Rolle, da gerade Kinder keine adäquaten Berichte über das eigene Befinden und Verhalten liefern können. (Brack 1993, S. 97f)

Neben den positiven Aspekten, die Frühförderung mit sich bringt, stellt sich auch die Frage, ob es negative gibt. Eine zu frühe Förderung eines kleinen Menschen, der ohnehin mit seiner Umwelt und der Anpassung darin kämpft, könnte ihn auch überfordern und unter Druck setzen. Aly (2002, S. 39) meint, Frühförderung störe das labile Empfinden eines Frühchens und blockiere seine noch schwach entwickelte emotionale und motorische Eigeninitiative. Eine zu frühe Krankengymnastik führt, dies wird durch Studien belegt, sowohl zu Störungen beim Kind als auch zu Störungen in seiner Beziehung zur Mutter. Prinzipiell sollten Eltern ihrer eigenen Beobachtungsgabe vertrauen und die kleinen Entwicklungsschrittchen ihres Frühchens aufmerksam wahrnehmen und sich darüber freuen. (ebd.)

2.5 Zusammenfassung

Im Kapitel zwei wurde in die Thematik der Frühförderung und Frühtherapie eingeführt. Es wurden die historischen Anfänge und die Weiterentwicklung bis in die siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts dargestellt, wo Frühförderung schließlich etabliert wurde. Frühförderung ist ein Angebot für behinderte Kinder und von Behinderung bedrohte Kinder. Es wurden die vier Arbeitsprinzipien der Frühförderung vorgestellt, um die Arbeitsweise besser zu verdeutlichen. Die fünf Risikogruppen, denen Frühförderung zu Teil wird, wurden beschrieben. Frühförderung ist mehr als ein pädagogisches Bemühen, es beinhaltet auch medizinische und psychologische Elemente, um dem Kind und dessen Familie umfassend helfen zu können. Weiters wurde in Kapitel zwei darauf eingegangen, wie Diagnose und Befund erstellt werden und welche Auswirkungen dies für das Kind und deren Eltern hat. Die Ziele der Frühförderung für Kind, Eltern und Gesellschaft wurden anschließend beschrieben. Der Zugang zur Frühförderung und die besondere Situation der Eltern in der Frühförderung wurden ausführlich dargestellt. Hier wurde besonders deutlich, dass die Elternmitarbeit ein wichtiger Faktor für die Entwicklungsfortschritte des Kindes ist. Eine vertrauensvolle Basis zwischen Eltern und Frühförderin ist von größtem Interesse. In Kapitel zwei wurde noch einmal die Mutter-Kind-Beziehung in Bezug auf Frühförderung thematisiert. Abschließend beschäftigte sich Kapitel zwei noch mit der Entwicklung eines frühgeborenen Kindes. Die kognitive und motorische Entwicklung wurde beleuchtet. Wieder wurde die Wichtigkeit einer funktionierenden Mutter-Kind-Beziehung als Voraussetzung für ein gutes Gedeihen des Kindes fest gestellt. Die Frühförderung wurde nicht nur lobend dargestellt, es wurden auch kritische Denkanstöße zu etwaiger Überförderung eines frühgeborenen Kindes gegeben.

II. Empirischer Teil

Die theoretische Grundvoraussetzung zur Bearbeitung des empirischen Teiles wurde in den Kapiteln eins und zwei geschaffen. Im dritten Kapitel gehe ich nun explizit auf zwei Familien ein, die ich über einige Monate begleitet und mittels psychoanalytischer Babybeobachtung nach Esther Bick beobachtet habe. Bevor ich zur praktischen Darstellung meiner empirischen Arbeit komme, möchte ich noch auf die Theorie der Beobachtungs- und Auswertungsmethode eingehen.

3 Die psychoanalytische Babybeobachtung

3.1 Entwicklung der psychoanalytischen Babybeobachtung nach Esther Bick

Um die Entwicklung der psychoanalytischen Babybeobachtung darzustellen, ist es hilfreich, die Biografie der Gründerin zu betrachten:



Abb.5 BICK, Esther; HARRIS, Martha (2002): Notes on infant observation. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac. S. 27

Esther Bick wurde am 4. Juli 1902 in Galizien an der ukrainisch – österreich-ungarischen Grenze geboren. Mit sieben Jahren wurde sie zu ihrer Tante geschickt, die gerade ein Baby bekommen hatte und half drei Jahre bei der Erziehung. Mit 15 Jahren beschloss sie Erzieherin zu werden. Sie hatte keine durchgehende Schulbildung genossen und eignete sich die erforderlichen Schulleistungen selbst an.

In Wien studierte sie unter Charlotte Bühler, die sich mit dem individuellen Leben von Babys ab der Geburt beschäftigte und dieses auch analysierte. Mit Beginn des zweiten Weltkrieges mussten Esther Bick und ihr Mann Phillip Bick in die Schweiz flüchten und von dort nach England. In England bekam Bick einen Job im Institut für Psychoanalyse. Ihre Supervisoren waren James Strachey und Melanie Klein⁷. Letztere beeindruckte Bicks Leben und Sichtweisen nachhaltig. Durch ihre kleinianische Position, hatte sie von Beginn an einen schlechten Start mit John Bolwby, da ihre Standpunkte zu konträr waren. 1948 wurde an der Tavistock Klinik die erste Infant Observation im Rahmen der Kinder Psychotherapie Ausbildung gestartet. Ihre wichtigen Aufsätze schrieb Esther Bick zwischen 1960 und den frühen 1980er Jahren.

Esther Bick starb am 20. Juli 1983 in Essex. Sie war die Gründerin der Kinderpsychotherapie und spielte eine große Rolle bei der Gründung des Berufsfeldes der Kinderpsychotherapie an der Tavistock Klinik. (Meltzer 2002, S. 19ff)

Esther Bicks Beitrag zur Entwicklung der Psychoanalyse ist weniger auf ihre Publikationen, als auf ihre Tätigkeit als hingebungsvolle Lehrerin, zurückzuführen. Diem Wille (2009, S. 68ff) zufolge, hilft die psychoanalytische Säuglingsbeobachtung in herausragender Weise, das Einfühlungsvermögen und die Sensibilität von Beobachtern zu schulen sowie Übertragung und Gegenübertragung wahrnehmen zu können. Psychoanalytische Säuglingsbeobachtung kann auch als „Schulung der Gefühle“ bezeichnet werden. Die subjektiven Gefühle, die ein Beobachter während eines Settings in der Familie empfindet, sind ein wichtiges Instrument der Datenerhebung, da sie Aufschluss über unbewusste Vorgänge geben können. Durch das Beobachten von Alltagssituationen und intimen Beziehungen innerhalb einer Familie, werden im Beobachter rudimentäre Ängste, Wünsche und Sehnsüchte aktiviert. Eigene Erfahrungen der Mutter-Kind-Beziehung gehalten, liebte oder verstanden worden zu sein, aber auch ohnmächtig, frustriert, wütend oder neidisch gewesen zu sein, können während einer Beobachtung erlebt werden. Während einer Beobachtung wird die Interaktion einer Mutter und ihres Babys bis ins kleinste Detail betrachtet und gibt Aufschluss über die Qualität der sich entwickelnden Beziehung.

⁷ Auf Melanie Klein und John Bolwby wurde in Punkt 1.9 in dieser Diplomarbeit schon näher eingegangen

Diese Beziehung bildet, wie schon mehrmals erwähnt, die Grundlage für alle späteren Beziehungen, wobei diese frühesten Mutter-Kind-Erfahrungen weitgehend unbewusst bleiben. Haben die positiven Gefühle überwogen, wird die Welt als vertrauensvoll und positiv erlebt. Haben die negativen Erfahrungen überwogen, so wird der Welt misstrauisch und negativ begegnet. (ebd.)

Girtler (1988, S. 102f) ist der Meinung, die teilnehmende Beobachtung sei eine wichtige Methode zur Erfassung des Alltagslebens, da es tiefgehend und plastisch erfasst werden könne. Die teilnehmende Beobachtung gebe die Möglichkeit, die Lebenswelt eines Menschen zu erforschen, da man in sie eindringe. (ebd.) Eine menschliche Eigenschaft ist es, jemanden zu schnell zu bewerten und zu beurteilen. Die Einschätzung scheint schnell getätigt, ohne sich Zeit zu nehmen, zuzuhören, genau hinzuschauen und über die Beweggründe nachzudenken. Die psychoanalytische Säuglingsbeobachtung stellt die Biografie einer Familie in den Vordergrund und gibt Gelegenheit, durch die begleitende Beobachtung, die Familiensituation und die frühen Einflüsse nachzuvollziehen. (Diem-Wille, Finger, Heintel 1998, S. 66)

Der Zugang zum Beobachtungsfeld am Beginn der Beobachtung ist oftmals schwierig. Nachdem der Zugang gelungen ist, befindet sich der Forscher meist in einer interessierten Gemeinschaft. Die Menschen, die beobachtet werden sollen, müssen genau und ehrlich erfahren, was der Forscher vor hat. Es ist eine Tatsache, dass ein Forscher mehr wegen der Person als wegen des Forschungsvorhabens akzeptiert wird. Der erste Eindruck ist daher entscheidend. (Girtler 1988, S. 106ff) Die Aufmerksamkeit des Beobachters richtet sich nach außen. Durch die Beobachtungssituation ist es unvermeidlich, dass beim Beobachter emotionale Reaktionen ausgelöst werden. Die Distanzierung zu den eigenen Gefühlen ist Voraussetzung für eine gelungene Beobachtung. Dies schließt auch mit ein, sich nicht von den eigenen Affekten überwältigen zu lassen. Das begleitende Beobachtungsseminar und die Besprechung der Beobachtungsprotokolle geben die Möglichkeit, subjektive Eindrücke des Beobachters anzusprechen und zu thematisieren. Die Mitglieder der Beobachtungsgruppe haben unterschiedliche Familien und auch konträre Situationen zu beobachten. Sie interpretieren die gleiche Situation oftmals sehr unterschiedlich. Die Reflexion über die Beobachtungsprotokolle ist ein wichtiges Begleitinstrument der Beobachtung und

lenkt den Blick in Richtungen, denen der Forscher in den folgenden Beobachtungssequenzen folgen kann. (Diem-Wille, Finger, Heintel 1998, S. 66f)

3.2 Babybeobachtung in der Familie

Diem-Wille (2003, S. 18f) gibt Antworten auf die Frage, wie es möglich sei, Aussagen über die psychische Entwicklung von Kleinkindern machen zu können. Erwachsene wurden von Freud durch Traumanalyse und freie Assoziation analysiert, um Aussagen über unbewusste Wünsche und Abwehrmechanismen der Psyche machen zu können. Bei Kindern sind solche Aussagen schwierig, da sie noch gar nicht in Worte fassen können, was in ihnen vor geht. Durch die Beobachtung des kindlichen Spiels drücken Kinder ihre Phantasien, innere Konflikte und Abwehrmechanismen aus. Es wird so ein Zugang zu ihrer inneren Welt ermöglicht. Die Interaktion der Kinder mit den Eltern gibt große Aufschlüsse darüber, von welcher Qualität die Beziehung zwischen Eltern und Kind ist, sofern der Beobachter aufmerksam zusehen kann. (ebd.)

Seit 60 Jahren gehören Babybeobachtungsseminare zu einem wichtigen Bestandteil der Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten an der Tavistock Klinik in London. Die Entstehung dieser Seminare geht, wie schon erwähnt, auf Melanie Kleine und Esther Bick zurück.

Bevor der Beobachter seine Beobachtung aufnimmt, wäre es wünschenswert, wenn er zumindest einmal vor der Geburt Mutter, Vater und die übrigen Familienmitglieder besucht. Er wird in der Regel einmal wöchentlich für eine Stunde in der normalen familiären Umgebung beobachten. Der Beobachter soll dabei lernen, wie zwischenmenschliche Beziehungen entstehen und sich körperliche und psychische Entwicklung bei einem Säugling vollzieht. Dieses Ziel wird der Familie vor der ersten Beobachtung erklärt. Es lässt sich nicht vermeiden, dass in der Familie Phantasien darüber entstehen, was das eigentliche Ziel des Beobachters sein könnte. Hier ist das Begleitseminar von großer Wichtigkeit, weil in diesem Rahmen besprochen werden kann, wie der Familie gewisse Dinge mitgeteilt werden können. Es gibt auch Themen, die nicht angesprochen werden sollten, weil sie die Beobachterrolle stark beeinflussen könnten. Beispielsweise ob das Seminar überhaupt erwähnt werden

sollte oder dass es schriftliche Aufzeichnungen geben wird. (Häußinger, Lazar, Lehmann 1986, S. 185ff)

Datler (2009, S. 48) zufolge, nehmen am Babybeobachtungsseminar vier bis fünf Personen teil. Die Treffen finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Dem Beobachter wird ermöglicht in einer Familie mit einem Baby, alles aufzunehmen was dem Baby während des Beobachtungszeitraums widerfährt. Danach sollte der Beobachter ehestmöglich alles Gesehene so deskriptiv und narrative wie möglich transkribieren. So erhalten die übrigen Gruppenmitglieder einen detaillierten Eindruck was in der Stunde bei der Familie geschehen ist. In dem Seminar wird das Protokoll diskutiert und speziell darauf eingegangen was das beobachtete Kind erlebt haben mag, warum sich das Kind in der beschriebenen Art und Weise verhalten hat, welche Beziehungserfahrungen das Kind in der jeweiligen Situation gemacht haben mag und welchen Einfluss diese Erfahrungen auf das Erleben des Kindes haben dürften. (ebd.)

Beobachtungen sind enorm aufschlussreich, da während der Interaktion zwischen Baby und Bezugsperson beide Interaktionspartner eine Fülle von Verhaltensweisen und die entsprechende Reaktion darauf zeigen und dadurch etwaige Störungen auf Seiten des einen oder anderen Partners zum Vorschein kommen können. (Papousek, Papousek, Giese 1986, S. 62)

Der Beobachter wünscht sich gutes Material zu bekommen, also schöne Situationen wie Stillen, Füttern, Baden oder Schlafen legen zu sehen. Da er jedoch nicht in die Situation eingreifen darf, ist er darauf angewiesen, was die Mutter ihn sehen lassen möchte. Dies soll nicht bedeuten, dass der Beobachter nur das Verhalten protokolliert. Er nimmt die Atmosphäre in der Familie und die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander sowie zum Beobachter wahr. Auch diese Aspekte sind Teil der Beobachtung und werden im begleitenden Seminar zur Sprache gebracht. Die Beziehung zwischen Beobachter und Familie unterliegt einem ständigen Wechsel. Zu Beginn herrscht meist Unsicherheit auf beiden Seiten. Denn nicht nur für die Familie ist diese Situation neu, auch der Beobachter selbst muss sich erst auf „seine“ Familie und das Baby einstellen. Die Familie und der Beobachter müssen sich erst zusammenfinden und ihn zu dieser einen Stunde in der Woche in den häuslichen Alltag integrieren. (Häußinger 1986, S. 197ff)

Ein Beobachter braucht etwas Unterstützung, um genau hinsehen zu können. Während der Besprechung in der Seminargruppe, kann ins Detail nachgefragt werden, und die Beobachtungsgabe wird so langsam geschult. Es genügt nicht zu sagen, eine Mutter nimmt ihr Baby aus dem Bett, stillt es und legt es wieder zurück. Es steckt soviel mehr in dieser Szene wie beispielsweise: wie wendet sich die Mutter dem Baby zu, hat sie Blickkontakt, wie ist der Gesichtsausdruck der Mutter, spricht sie mit ihrem Baby, wie reagiert das Baby, schreit es, oder hört es auf zu schreien, wie nimmt die Mutter ihr Baby und wie hält sie es, wie trinkt der Säugling, lustlos oder gleichmäßig, wie reagiert die Mutter während des Stillens, sieht sie ihr Kind an, spricht sie mit ihm, berührt sie es, was macht das Baby, hält es den Finger, bewegt es die Beine, wo sieht es hin, fallen vielleicht die Augen zu... (Diem-Wille 2009, S. 90)⁸

Der Beobachter sollte immer um Neutralität und Abstandhalten von Werturteilen, um gleichschwebende Aufmerksamkeit und um eine Haltung, die als „Containment“ (Die Emotionen eines Gegenübers aufnehmen, verarbeiten und an das Gegenüber zurückgeben) bezeichnet werden kann, bemüht sein.

Neutralität bedeutet im Umgang mit Mutter, Vater und der restlichen Familie so wenig wie möglich verändernd einzugreifen. Alleine die Anwesenheit des Beobachters stellt schon eine Veränderung dar. Weiters sollen Werturteile über Erziehung aus der Beobachtungssituation gelassen werden. Die Haltung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ in Verbindung mit dem Bemühen um „Containment“ bringt den Beobachter schließlich in seine professionelle Rolle, die er zum Beobachten benötigt. (Häußinger 1986, S. 197ff)

Israel und Reißmann (2008, S. 25f) beschreiben die Ausnahmesituation, die entsteht, wenn kleine Frühgeborene beobachtet werden. Es liegen oftmals Entsetzen, Hoffnung und Erleichterung sehr nahe nebeneinander. Es ist zu spüren, wie einsam das Frühchen seinen ständig wechselnden Zuständen ausgeliefert ist. Wie intensiv das kleine Wesen nach menschlichem Kontakt sucht und wie belebend sich menschliche Verbindungen auswirken. Für den Beobachter ist es eine große

⁸ Es ließe sich noch eine Vielzahl an Möglichkeiten aufzählen, wie und in welcher Weise die Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Baby beschrieben werden kann. Dem Leser soll hier nur ein Eindruck vermittelt werden, worauf ein Beobachter während einer psychoanalytischen Babybeobachtungssequenz achtet.

Herausforderung, weil er seine unbewussten Ängste um das Überleben dieses Kindes aushalten muss. Die wöchentlichen Gesprächsrunden sind für diese Beobachtung besonders wichtig. Der Beobachter tritt im Laufe der Beobachtungen in den Fühl- und Denkraum des Fröhchens ein und bekommt einen Eindruck von dessen Lebenswelt. (ebd.)

3.3 Methode und Durchführung

3.3.1 Erhebungsmethode – Psychoanalytische Babybeobachtung

Wie die Daten in den Beobachtungen gewonnen wurden, wurde bereits ausführlich in Kapitel 3.1 erörtert.

3.3.2 Erhebungsmethode – Narratives Interview

Gabriele Rosenthal (2008², S. 137ff) führt in ihrem Buch einen Interviewleitfaden für das narrative Interview an. Es sollen während des Interviews längere Erzählungen hervor gelockt und aufrecht erhalten werden. Der Interviewer soll zunächst möglichst nicht unterbrechen, sondern seine Fragen vorerst notieren und sie in der zweiten Phase des Interviews, in der Nachfragephase, stellen. Eine narrative Gesprächsführung erfordert eine längere Gesprächsdauer, die sich über mehrere Stunden ziehen kann. Der Vorteil von längeren Erzählungen liegt darin, dass sie im Gegensatz zu Argumentationen oder Rechtfertigungen auf einer Abfolge von tatsächlich geschehenen Ereignissen beruhen. Sie folgen einer bestimmten zeitlichen Abfolge und stehen in einem kausalen Zusammenhang zueinander.

Das narrative Interview eignet sich gut, um etwas über Erfahrungen, die Menschen im Laufe ihres Lebens widerfahren sind, heraus zu finden. Mit Meinungs- oder Begründungsfragen wie bspw. *„Warum haben Sie damals...? Wieso haben Sie nicht...?“* werden keine offenen Erzählungen erzielt, sondern der Interviewpartner fühlt sich eher dazu angehalten, sich zu rechtfertigen. Weiters wird damit eine Frage-Antwort-Struktur hervor gerufen, die einen Interviewpartner nicht zu längeren Erzählungen anregt. Der Interviewte soll zum Erzählen motiviert werden, was bewirkt, dass er mehr erzählt, als er ursprünglich vorgehabt hätte. Während des

Erzählvorgangs verschwindet zusehends der Blickkontakt mit dem Interviewer und der Interviewte tritt mehr und mehr aus der Interaktion mit dem Zuhörer heraus. Er redet frei und ohne Zwang. Durch eine Zwischenfrage würde dieser Redefluss unterbrochen.

Eine derartige freie und offene Erzählung wird erreicht, indem der Interviewte eingangs über den Verlauf des Interviews informiert wird. Er wird angehalten, länger zu erzählen und erst in der zweiten Phase werden die Zwischenfragen, die dem Interviewer noch zur Vollständigkeit fehlen, gestellt. Der Interviewschluss sollte keinesfalls in einer emotional schwierigen Interviewphase erfolgen. Es wird versucht, das Gespräch durch die Fragephase in einen positiven Rahmen zu lenken und dort auch zu beenden. (ebd.)

3.3.3 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse ist, so Mayring (2002⁵, S. 114ff) eine vorwiegend kommunikationswissenschaftliche Technik, die Anfang des 20. Jahrhunderts zur Analyse der sich rasch etablierenden Massenmedien entwickelt wurde. Sie sollten rasch und hauptsächlich quantitativ ausgewertet werden, um deren gesellschaftlichen Einfluss analysieren zu können. Die Motive im Material, das Auszählen, Bewerten und in Beziehung setzen von ausgewählten Textelementen war Hauptaugenmerk der Inhaltsanalyse. Bald regte sich die Forderung nach einer qualitativen Inhaltsanalyse, da kritisiert wurde, dass die quantitative Inhaltsanalyse vier Aspekte zu wenig berücksichtigte:

1. Latente Sinnstrukturen
2. Den Kontext von Textbestandteilen
3. Markante Einzelfälle
4. Das, was im Text nicht vorkommt

Die qualitative Inhaltsanalyse versucht, die Vorteile der quantitativen zu nutzen, ohne zu schnell in Quantifizierungen abzudriften. Die qualitative Inhaltsanalyse zerlegt das Material in Einheiten, die Schritt für Schritt bearbeitet werden. Dabei ist ein theoriegeleitetes, am Material entwickeltes Kategoriensystem zentral. Es werden jene Aspekte definiert, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen. Für die

Auswertung in dieser Diplomarbeit wird die strukturierte qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. Ihr Ziel ist es, die wichtigsten Merkmale aus dem Datenmaterial heraus zu filtern. Die Kategorien müssen so genau definiert werden, dass eine eindeutige Zuordnung des Materials möglich wird. Hier bewährte sich ein Verfahren aus drei Schritten:

1. Die Definition der Kategorie: Es wird genau festgelegt, welche Textstellen in eine Kategorie fallen
2. Ankerbeispiele: Hier werden konkrete Textstellen angeführt, die in genau diese Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen
3. Kodierregeln: Es besteht die Möglichkeit, dass Abgrenzungsprobleme zwischen den einzelnen Kategorien auftreten. Daher sollen Regeln formuliert werden, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen

Der Text wird nun anhand der Kategorien durchgelesen und kodiert. Die Textstellen können färbig oder durch Nummerierungen den Kategorien zugewiesen werden. Im zweiten Schritt werden die gefundenen Textstellen herausgefiltert, den Kategorien zugeordnet, zusammengefasst und aufgearbeitet. (ebd.)

4 Beobachtungsauswertung

4.1 Kategorien der Auswertung

Kategorie 1: Die Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern

- Die emotionale Belastung für Mutter und Vater

Kategorie 2: Motorische Entwicklung

- Durch die Arbeit mit der Therapeutin
- In der Interaktion zu Hause mit der Mutter

Kategorie 3: Kognitive Entwicklung

- Durch die Arbeit mit der Therapeutin
- In der Interaktion zu Hause mit der Mutter
- Fortschreiten des Fremdelns (Anna)

Kategorie 4: Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung

- Wie das Baby auf seine Mutter reagiert
- Wie Baby und Mutter miteinander kommunizieren
- Das dringende Bedürfnis nach Gehalten werden
- Die Vater-Kind-Beziehung (Patrick)

Kategorie 5: Die Entwicklungsförderung tritt in den Hintergrund und der Spaß tritt in den Vordergrund

- Durch Szenen am AKH
- Durch das Spiel zu Hause

Kategorie 6: Das Baby nimmt sich selbst wahr

- Durch eigeninitiatives Spiel
- Durch äußern von Lust und Unlust

Kategorie 7: Die Mutter erlebt die Interaktion und Kommunikation mit den unterstützenden Personen auf unterschiedliche Weise

- Die Therapeutin
- Die Frühförderin (Anna)
- Die Krankenschwestern, Pfleger und Ärzte (Patrick)

4.2 Falldarstellung von Patrick und seiner Familie

Die Mutter von Patrick, Jessica, ist eine Frau Anfang 30. Sie lebt mit ihrem Lebensgefährten, Paul, mit dem sie schon einige Jahre liiert ist, im östlichen Waldviertel in Niederösterreich. Patrick ist das erste Baby der Familie und ein Wunschkind. Er kam am 28.12.2009 unerwartet in der 26. Schwangerschaftswoche zur Welt. Die Mutter bekam in der Nacht spontan Wehen und wurde sofort ins AKH Wien eingeliefert. Vier Stunden später war ihr Sohn auf der Welt. Für eine ausführliche Lungenreifung war nicht mehr ausreichend Zeit vorhanden und Patrick bekam nur eine kleine Menge Surfactant.

Die Mutter konnte nicht täglich die weite Strecke von zu Hause nach Wien fahren und nahm sich in der Nähe des AKH eine Personalwohnung, um täglich bei ihrem Kind sein zu können. Sie lebte über vier Monate in Wien und sah ihren Lebensgefährten nur wenige Male in der Woche.

Patrick wog 750 Gramm und war 41 Zentimeter groß. Da die Lunge noch nicht ausgereift war, konnte Patrick noch nicht spontan atmen und er musste nach fünf Wochen für einige Tage intubiert werden. Als eine Infusion falsch gelegt wurde und die Flüssigkeit in Patricks Beingewebe floss und Schäden verursachte, musste er operiert werden, was einen Rückschlag für Patricks Genesung bedeutete. Zu diesem Zeitpunkt hatte er mit einem Atemstillstand zu kämpfen. Deshalb musste er wieder für einige Tage intubiert werden.

Zu Beginn meiner Beobachtungen im April 2010 war Patrick korrigiert⁹ eine Woche alt und lag auf der IMC (Intermediate Care) Station am AKH, wo die kleinen, aber nicht mehr lebensbedrohlichen Frühchen betreut werden. Er brauchte noch ständig die Sauerstoffbrille¹⁰ und löste häufig Alarm an seinem Monitor aus. Er musste rund um die Uhr überwacht werden, damit Atemaussetzer oder ein Ansteigen oder Absinken der Herzfrequenz sofort korrigiert werden konnten.

Patrick wurde bereits am AKH von Elke, der Physiotherapeutin, betreut und fast täglich massiert oder therapiert. Während des Zeitraums der Beobachtungen wurde der Fokus der Therapie auf das Anregen des Lymphsystems durch Massage und das Trainieren der Muskeln gelegt.

Die Mutter zog vier Tage vor dem Entlassungstermin mit Patrick in ein Mutter-Kind-Zimmer, in dem sie den Tagesablauf mit Patrick rund um die Uhr erfahren konnte. Am Tag der Entlassung traten Probleme mit Patricks Sauerstoffwerten und dem Blutdruck auf, sodass sich der Entlassungstag um zwei Wochen verzögerte, was einen herben Rückschlag für die Familie bedeutete, weil die Mutter nach sechs Tagen im Mutter-Kind-Zimmer ausziehen und alleine nach Hause gehen musste.

Mitte Mai wurde Patrick entlassen und hatte die ersten Wochen zu Hause große Probleme mit der Umstellung und der Eingewöhnung in der neuen Umgebung. Er weinte die ersten Wochen sehr viel, was die Mutter an den Rand der Verzweiflung brachte. Langsam wurde die Situation besser und ich konnte meine Beobachtungen zu Hause fortsetzen.

Die ersten zehn Beobachtungen wurden am AKH durchgeführt, weitere fünf zu Hause in der Wohnung der Mutter in Niederösterreich.

⁹ Bei frühgeborenen Babys wird nicht der tatsächliche Geburtstermin zur Berechnung des Alters und Entwicklungsstandes verwendet, sondern immer der errechnete Geburtstermin. Die fehlenden Wochen zum Geburtstermin werden folglich vom tatsächlichen Alter abgezogen. Bei Patrick werden folglich 14 Wochen abgezogen.

¹⁰ Eine Sauerstoffbrille ist ein Kunststoffschlauch, der an ein Sauerstoffgerät angeschlossen ist und über die Naseneingänge konzentrierten Sauerstoff zuführt. Essen, trinken und sprechen ist gleichzeitig möglich. Die Bügel führen über die Wangen hinter die Ohren und unter dem Kinn wieder zusammen.

Am Ende der Beobachtungen, im Juli 2010, ist Patrick korrigiert 12 Wochen alt. Er hat gut zugenommen und ist ein properes Baby, das sich quirlig bewegt und aktiv an seiner Umgebung Anteil nimmt und sich auch äußert, wenn ihm etwas missfällt. Sein motorischer Entwicklungsstand liegt laut Physiotherapeutin sogar etwas vor seinem korrigierten Alter.

4.2.1 Die Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern

Eine Familie, der eine Frühgeburt widerfährt, wird gänzlich aus dem geplanten Schwangerschaftsverlauf gerissen und gerät in einen Schockzustand. Was die zu frühe Geburt für Jessica und Paul bedeutet hat, zeigt sich in der folgenden Kategorie sehr deutlich. Jessica bekommt überraschend in der 26. Schwangerschaftswoche Wehen und ist kaum fünf Stunden später Mutter. Völlig unvorbereitet und schockiert müssen die Eltern mit der Situation fertig werden. Das Baby liegt im Inkubator und hängt an vielen Versorgungsschläuchen. Ein spontanes in den Arm nehmen ist nicht möglich, da vorher alle Schläuche ausgesteckt werden müssen. Die Eltern versuchen das Beste aus der Situation zu machen und stellen ihre eigenen Bedürfnisse völlig in den Hintergrund. Die Mutter zieht zum Wohl ihres Kindes für vier Monate nach Wien und sieht ihren Lebensgefährten nur noch wenn er nach Wien zu Besuch kommt. Zusätzlich zu der Belastung ein frühgeborenes Kind bekommen zu haben, fehlt gleichzeitig die emotionale Stütze des Partners. Jessica konnte Patrick auch nicht lange stillen. Da beim Stillen die Trinkmenge nicht genau gemessen werden konnte, wurde entschieden ihm das Fläschchen zu geben. Außerdem versagte der Mutter sehr rasch die Milch und sie pumpete nicht mehr weiter ab. Patrick bekam folglich Spezialnahrung aus dem Krankenhaus.

Elke, die Therapeutin, verweist mich an Frau Mag. Barbara Keusch, um ein Frühgeborenes auf der Intensivstation beobachten zu dürfen. Diese stellt den Kontakt zwischen der Mutter und mir her. Erst in der vierten Beobachtung am AKH erzählt die Mutter Details über die Frühgeburt.

Jessica beginnt dann zu erzählen, wie es zur Frühgeburt gekommen war. „Ich habe in der 26. Woche Wehen bekommen und bin mit Bauchschmerzen zum Arzt. An Wehen habe ich gar nicht gedacht. Der Arzt hat mich um zwei Uhr morgens gleich ins AKH einliefern lassen, wo ich sofort eine Lungenreifungsinfusion bekommen habe. Patrick ist um sieben in der Früh durch eine spontane Geburt auf die Welt gekommen. Aber ich habe mich bis zum Abend noch nicht als Mutter gefühlt, obwohl ich ihn sogar schon gesehen hatte. Trotzdem habe ich noch auf Bewegungen in meinem Bauch gewartet.“ Jessica sagt mir weiter, dass Patrick gleich selbständig geatmet habe und erst fünf Wochen später einmal für drei Tage intubiert werden musste. (4. Beo, Z. 151-159, 2kW)

Die Mutter erzählt ruhig und automatisiert von den Ereignissen des schicksalhaften 28. Dezembers, an dem ihr Baby viel zu früh auf die Welt kam. Sie erzählt erst in der vierten Beobachtung davon. Es scheint, als habe sie erst genug Vertrauen zu mir aufbauen müssen, bevor sie die Informationen und die starken Emotionen mit mir teilen konnte. Erschreckend und sehr aufschlussreich ist die Tatsache, dass sich Jessica, obwohl sie ihr Baby schon im Inkubator gesehen hatte, noch nicht als Mutter fühlte und auf Bewegungen in ihrem Bauch wartete. Die Erzählung wirkt einerseits sehr genau, weil jede Uhrzeit erwähnt wird, trotzdem wird der erste Anblick des eigenen winzigen Kindes doch sehr nüchtern beschrieben. Die Mutter gestattet sich nur zum Teil in Kontakt mit ihren Emotionen zu treten, um nicht von den Gefühlen und Ereignissen überrollt und geschwächt zu werden, weil sie für ihr Baby stark sein muss.

In der unten beschriebenen Szene am AKH ist die Mutter mit ihrem Kind bereits in das Mutter-Kind-Zimmer am AKH eingezogen, das einige Tage vor dem Entlassungstermin bezogen werden darf. Dies dient dazu, dass sich Mutter und Kind an einen gemeinsamen Rhythmus gewöhnen können. Der ursprüngliche Entlassungstermin muss wegen gesundheitlicher Rückschläge kurzfristig verschoben werden und auch die folgenden Termine müssen nach hinten verlegt werden. Die Mutter muss das Zimmer wieder verlassen und alleine nach Hause gehen. Ihr Sohn bleibt alleine weiter am AKH.

Sie erklärt mir, dass Patrick doch nicht heim durfte, weil er wieder die Sauerstoffbrille in der Nacht brauchte und der Blutdruck nicht passte. Für den Blutdruck bekomme er jetzt neue Medikamente. Sie sagt mir, wie mühsam sie die Sache jetzt schon empfinde. Ich sage, dass ich das sehr gut verstehen könne und es mir überaus leid für sie tue, dass sie nicht wie vereinbart heim durften. Die Mutter erzählt mir, dass es ein richtiger Schlag ins Gesicht für sie war und sie sich gar nicht mehr halten konnte, als die Ärztin am Dienstag kam und ihr sagte, dass sie nicht heim dürfen. Der Mann sei schon unterwegs gewesen und da kam die Absage. „Dann hieß es Freitag. Und vor einer halben Stunde wurde auf nächste Woche Mittwoch verlängert.“ Sie erzählt mir weiter, dass sie morgen heim gehen und Patrick wieder auf die IMC - Station kommen werde. „Schade, ich hätte dich so gern mit nach Hause genommen.“ Sie steht vor dem Bettchen und streicht Patrick über den Bauch. Der blickt seine Mutter an und bewegt sich leicht. (8. Beo, Z. 34-39, 49-57, 4kW)

Die Mutter ist sehr genervt und unruhig, weil der ersehnte Entlassungstermin verschoben werden musste. Sie drückt ihre Stimmung deutlich aus und erklärt wie mühsam sie alles schon findet. Gleichzeitig wird sie wehmütig, weil sie ihr Baby nun wieder alleine am AKH zurück lassen und das Mutter-Kind-Zimmer am Folgetag verlassen muss. Sie tritt in tiefen Kontakt mit ihren Gefühlen und streicht Patrick dabei sanft über den Bauch.

In der folgenden Sequenz am AKH unternimmt die Mutter mit Patrick eine Autofahrt im Kinderwagen. Zuvor musste vieles organisiert sowie die Erlaubnis der Schwester eingeholt werden. Patrick hat seit einigen Tagen wieder Probleme beim Atmen und vergisst darauf, sobald er fest einschläft. Deshalb muss die Mutter einen Überwachungsmonitor mit dem Kinderwagen mitführen und ständig die Atemwerte kontrollieren. Bei der Autofahrt erzählt mir die Mutter wie anstrengend es sei, ein frühgeborenes Kind zu haben und dass an Schlaf nicht zu denken sei. Gleichzeitig schlägt ständig der Alarm des Sauerstoffmonitors an.

Jessica erzählt mir, dass an Schlaf nicht zu denken sei, weil ständig der Alarm anschläge, wenn Patrick einmal nicht weine. Am Nachmittag könne sie sich auch nicht hinlegen, weil ständig jemand ins Zimmer komme und etwas von ihr brauche. Nur letzte Nacht habe sie sogar einmal drei Stunden Schlaf bekommen. Sie tut mir irrsinnig Leid in dem Moment. Wieder schlägt der Alarm an. Sie bleibt stehen und schaut auf den Monitor. Dann nimmt sie die Decke über Patrick weg und öffnet den Gurt. Sie streicht ihm über den Bauch und spricht auf ihn ein, dass er atmen müsse. „Mach einen großen Schnauer.“ Sie schaut weiter auf den Wert, ob er steigt. „Echt so eine Frühgeburt wünsche ich niemandem. Nicht einmal meiner schlimmsten Feindin“, sagt Jessica. (8. Beo, Z. 144-152, 155-156, 4kW)

Die Mutter wirkt müde und ausgelaugt. Trotzdem gibt sie sich große Mühe, das Beste für ihren Sohn zu geben. Sie beschwert sich nicht, macht aber ihrer Erschöpfung verbal Luft. Patrick schläft bei der Autofahrt rasch ein und vergisst zu atmen. Der Alarm schlägt ständig an, was die Mutter zum Stehenbleiben und Nachsehen zwingt. Als der Alarm nicht mehr nach wenigen Sekunden verstummt, muss Jessica ihren Sohn aufwecken und ihn zum Atmen animieren. Die Mutter ist stark. Trotz der augenscheinlichen Erschöpfung bleibt sie liebevoll und geduldig mit ihrem geschwächten Sohn und mahnt ihn zärtlich zu atmen.

In der unten beschriebenen Szene sind die Eltern mit Patrick bei einer Kontrolluntersuchung am AKH, nachdem sie entlassen wurden. Das Blutabnehmen ist für die Mutter kaum auszuhalten und sie delegiert die Aufgabe an ihren Lebensgefährten.

Die Mutter tritt nach hinten und stellt sich zu mir, es scheint als wolle sie das Blutabnehmen nicht sehen wollen. Sie sagt zu ihrem Lebensgefährten: „Mach du das.“ Er schmunzelt etwas und beugt sich dann ganz tief über Patrick und hält seine Hand. Die Ärztin dreht Patrick etwas weg und holt sich nur seine linke Hand. Der Vater sagt: „Vorsorglich nehmen wir gleich den Schnuller.“ Dabei steckt er ihn Patrick in den Mund, der ihn nicht gleich annimmt, sondern etwas damit spielt. (10. Beo, Z. 65-71, 9kW)

Der Vater übernimmt selbstverständlich die Aufgabe für Patrick da zu sein und ihm Halt zu geben, wenn ihm Schmerzen zugefügt werden. Er muss sich bewusst sein, dass er von Patrick mit dem Nadelstichschmerz in Verbindung gebracht werden könnte und trotzdem ist es wichtig, nicht in Mitleid zu zerfließen, sondern stark zu

bleiben und für Patrick da zu sein. Er greift nach dem Schnuller und bietet Patrick so eine weitere Möglichkeit, sich Halt zu holen. Patrick bekommt in der Situation Halt durch den Schnuller und von seinem Vater, der sich tief über ihn beugt, ihn hält und sanft mit ihm redet. Die Mutter kann nicht für Patrick da sein, sie leidet zu sehr mit, obwohl dieser kleine Stich im Vergleich zu den vielen vorherigen Torturen schon harmlos zu sein scheint.

Die nachfolgende Szene findet zu Hause in der Wohnung der Mutter statt. Sie erzählt stolz wie gut Patrick wachse und sie dankbar sei, dass Patrick so gut gedeihe. Wenige Augenblicke später wird sie aber sehr wehmütig, weil sie so vieles während ihrer Schwangerschaft nicht erleben konnte.

Jessica sagt: „Er wiegt schon 4,80 Kilogramm und misst 57 Zentimeter.“ Ich nehme das beeindruckt zur Kenntnis. Dann sagt sie: „Ja, es ist fast ein Wunder, dass wir mit so einem blauen Auge davon gekommen sind. Er war so früh und wenn das mit der Operation nicht gewesen wäre, wäre er, denke ich, noch besser gewachsen.“ (13. Beo, Z. 35-38, 11kW)

Dann wird sie wehmütig und erzählt, dass ihr das sehr gefehlt habe, dass sie keinen dicken Bauch haben konnte und all diese Erfahrungen der Hochschwangerschaft nicht erleben konnte. Sie sagt, dass sie auf jeden Fall, trotz der Strapazen, noch ein Baby möchte und hoffe, dass Patrick keine zu große Aufgabe daneben wäre. (13. Beo, Z. 56-60, 11kW)

Für die Mutter ist es sehr wichtig, dass ihr Kind wächst und zunimmt. Dies gibt ihr die Sicherheit, dass sie ihre Pflegeaufgabe auch außerhalb des schützenden Raums des AKHs richtig und gut erfüllt. Ihr ist bewusst, wie viel Glück sie, trotz der schlimmen Ereignisse und Rückschläge, hatten. Sie vergleicht ihren, den Umständen entsprechend gesunden Sohn mit einem Wunder. Gleichzeitig ist sie traurig darüber, dass sie einen erheblichen Teil der Schwangerschaft nicht erleben konnte. Sie schafft es sogar so kurz nach der Frühgeburt und Entlassung aus dem AKH schon über ein weiteres Baby nachzudenken. Zweifelhaft aus psychologischer Sicht bleibt jedoch, ob die Mutter die Ereignisse wirklich schon verarbeiten konnte, oder ob sie sie weitgehend verdrängt hat. Letzteres wäre für eine weitere Schwangerschaft sehr dramatisch, weil die Erinnerungen die Mutter wieder einholen und katastrophale Folgen nach sich ziehen könnten.

Beim abschließenden Interview erzählte mir die Mutter wie dramatisch sie Patricks Atemstillstand persönlich miterleben musste. Ihm war eine Infusion falsch gelegt worden. Die Flüssigkeit floss daher nicht in eine Vene, sondern direkt ins Beingewebe, woraufhin Patrick operiert werden musste. Aus dieser Narkose ist er nicht, wie geplant, erwacht, sondern blieb den ganzen Tag und die darauffolgende

Nacht unansprechbar. Die Mutter beschloss, am nächsten Tag trotzdem mit ihm zu kuscheln:

Ich wollte gerade kuscheln und hab ihn raus genommen. Und da hat der Alarm angeschlagen und die Anzeigen sind sofort in den roten Bereich gegangen. Er war gar nicht lange im gelben Bereich, sondern ist sofort in den roten Bereich gesunken. Es sind sofort die Schwestern gekommen und haben versucht, ihn zu stimulieren, es half allerdings nichts. Ich wurde auf die Seite geschickt und sie haben den Beatmungsbeutel herunter geholt. Danach wurde ich raus geschickt. Ich stand dann da draußen und dachte mir: „Jetzt hat er gerade einmal vier Tage die Sauerstoffbrille, jetzt muss er bestimmt wieder den Infant-Flow“¹¹ bekommen.“ Es kam noch schlimmer. Als die Ärzte dann endlich zu mir gekommen sind, haben sie mir gesagt, dass sie Patrick intubieren mussten. Er war wieder für drei Tage intubiert. Aber es war schlimmer als das erste Mal, weil niemand damit gerechnet hatte. Die Ärzte standen um sein Bett und meinten, sie wüssten nicht, warum das jetzt passiert sei, dass er einen Atemstillstand hatte. Er war ja schon in einem sehr guten Zustand. Dann weiß man eben nicht, beginnt er wieder selbständig zu atmen, oder nicht. Das ist eigentlich noch viel schlimmer. Du sitzt da an seinem Bett und hoffst, dass er jeden Augenblick selbständig einen Atemzug macht. (Interview, Z.211-227)

Die Mutter erhofft sich von der körperlichen Nähe eine Verbesserung des Zustands von Patrick. Er erleidet in dem Moment einen Atemstillstand und die Mutter kann nichts mehr für ihn tun. Sie wird nach wenigen Augenblicken vor die Tür geschickt und muss dort warten, bis ihr ein Arzt mitteilt was genau geschehen ist. Jessica macht sich Gedanken, will aber noch nicht vom Schlimmsten ausgehen. Sie befürchtet zwar, dass Patrick wieder an den Infant-Flow angeschlossen werden muss, an eine Intubation denkt sie nicht. Umso erschütternder ist dann die Nachricht von der Intubation. Dieses Mal kann niemand mit Gewissheit sagen, ob Patrick wieder selbständig atmen wird und ob er Schäden von dem Atemstillstand davon tragen wird. Zusätzlich zu dem weiteren Schock dieses Ereignisses steht die Mutter völlig alleine, ohne Unterstützung ihres Lebensgefährten, vor der Tür und muss warten. Genauso schlimm ist für Paul die Nachricht, dass sein Sohn gerade einen Atemstillstand hatte, weil er viele Kilometer entfernt ist und nicht die Möglichkeit hat, im Ernstfall noch rechtzeitig zu seinem Sohn zu kommen.

4.2.2 Die motorische Entwicklung

4.2.2.1 Durch die Arbeit mit der Therapeutin

Patrick wird während er am AKH ist, fast täglich von der Therapeutin Elke betreut. Sie massiert ihn, sodass sich seine Muskeln entspannen, und sie regt das Lymphsystem zur Entgiftung an, indem sie an den entsprechenden Stellen massiert.

¹¹ Der Infant-Flow ist eine Beatmungslösung nach der Intubation, wenn das Baby allerdings noch nicht genügend selbständig atmet. Ein dickerer Schlauch, als bei der Sauerstoffbrille führt über den Kopf hinunter in die Nasenlöcher und sorgt für eine gleichmäßige Beatmung des Frühgeborenen.

Patrick ist durch den langen Aufenthalt am AKH sehr fixiert darauf, seinen Kopf auf die rechte Seite zu drehen, weil er über Monate in seinem Bett immer nur von rechts mit Personen Kontakt hatte. Die Therapeutin versucht Patrick dazu zu bewegen, den Kopf in der Mitte zu halten, oder sie dreht ihn nach links. Sobald er die Aufmerksamkeit verliert, schweift sein Blick unverzüglich wieder nach rechts. Weiters werden bei Patrick die Muskeln gezielt trainiert - beispielsweise in Bauchlage. Patrick soll, so lang es geht, seinen Kopf selbst halten, was ihm schließlich schon gut gelingt.

In der folgenden Szene sitzt die Mutter längere Zeit beim Bettchen von Patrick und betrachtet ihn. Sie streicht ihm gelegentlich über den Kopf und beobachtet seine Werte am Monitor.

Die Mutter sieht auf den Monitor und sagt leise zu ihrem Sohn: „Du könntest etwas braver atmen.“ Eine Schwester steht am Nebenbett und sagt: „Das ist, weil er am Vormittag so aktiv war. Deshalb ist er jetzt ganz fertig und müde.“ „Aber trotzdem könnte er braver atmen“, sagt die Mutter. (2. Beo, Z. 27-31, 2kW)

Jessica ist schon lange genug täglich im Krankenhaus, um zu wissen, was die Werte auf den Monitoren bedeuten. Sie mahnt Patrick, er solle braver atmen. Eine Schwester versucht ihr die Angst zu nehmen, indem sie erklärt, warum Patrick nicht anständig atmet. Die Mutter gibt sich damit nicht zufrieden; sie weiß um die Wichtigkeit der Atmung. Bevor Patrick nicht selbständig und gleichmäßig atmet, darf er nicht nach Hause.

In der unten beschriebenen Szene ist die Mutter überglücklich, weil Patrick das erste Mal in seinem Leben in die freie Natur durfte.

Jessica erzählt strahlend, dass sie heute das erste Mal draußen in der Natur waren und dass Patrick seit Sonntag 8:30 Uhr keinen Sauerstoff mehr benötige. Elke ist ganz begeistert und weiß, was das bedeutet. Sie spricht gleich das nach Hause gehen an. (4. Beo, Z. 15-18, 2kW)

Die Therapeutin freut sich aufrichtig mit der Mutter, weil sie weiß, welch großen Fortschritt dies für die Entwicklung von Patrick bedeutet. Bevor Patrick nicht dauerhaft selbständig atmen konnte, war an ein nach Hause gehen nicht zu denken. Elke weiß zwar, dass auch jetzt noch einiges vor der Familie liegt, bis Patrick endlich entlassen werden kann. Trotzdem spricht sie der Mutter Mut zu und trübt ihre Freude nicht durch die Realität. Früh genug wird Jessica selbst erkennen, dass noch einige Wochen am AKH vor ihnen liegen.

Patrick wird fast täglich therapiert. In der nachfolgenden Sequenz ist Elke damit beschäftigt, Patricks Lymphsystem zur Entgiftung anzuregen, indem sie an den Knotenpunkten kreisend massiert. Gleichzeitig werden die Muskeln durch die Bewegungen gelockert.

Die Therapeutin nimmt jetzt den linken Arm und führt große Kreisbewegungen durch. Patricks rechter Arm ist unter Elkes Händen eingeklemmt. Sie fühlt, dass er sich bewegen möchte und sagt: „Magst du da gleich mit dem anderen Arm mitmachen. Bitte gerne.“ Sie löst Patricks Arm und er reißt ihn gleich in die Höhe, streckt die Finger und bewegt den Arm mit. „Ja genau, große Kreise.“ Gleichzeitig saugt er unbeirrt weiter an seinem Schnuller. (3. Beo, Z. 119-125, 2kW)

Patrick kennt die Therapeutin schon, da sie fast täglich zu ihm kommt. Sie ist geschickt und liebevoll im Umgang mit ihm. Obwohl er so winzig ist, hat sie keine Scheu ihn anzugreifen und zu therapieren. Patrick spürt die Kreisbewegungen seines linken Armes und wiederholt sie automatisch mit seinem rechten Arm. Da dieser allerdings eingeklemmt ist, gelingt es ihm nicht. Elke spürt den Druck von Patricks Arm und fasst in Worte, was Patrick macht. Sie gibt seinen rechten Arm frei, damit er auf dieser Seite die Übung selbst mitmachen kann. Gleichzeitig findet er über den Schnuller in seinem Mund und über das Saugen Halt.

In der nachfolgenden Szene trainiert die Therapeutin die Kopfmuskulatur des Babys. Es soll in Bauchlage so lange wie möglich seinen Kopf selbst halten. Dabei fällt ihm der Schnuller aus dem Mund. Elke gibt ihn nicht gleich zurück, sondern wartet, ob es danach verlangt.

Dann fragt Elke Patrick, ob er in die Bauchlage möchte, weil sie ihn da schon so lange nicht mehr gesehen habe. Sie dreht ihn um, dabei fällt Patrick der Schnuller aus dem Mund. Er beginnt gleich sich zu beschweren und vergräbt seinen Kopf in der Stoffwindel. Elke nimmt den Schnuller weg und wartet. Sie hält Patrick fest am Hintern und winkelt seine Beine etwas an. Patrick hebt kurz seinen Kopf, hält ihn kurz und vergräbt ihn dann wieder in der Windel. „Ja super machst du das. Ja, der Kopf ist so schwer. Da muss man sich so anstrengen, dass man den heben kann.“ Patrick hebt noch einige Male seinen Kopf und wird dabei von Elke gelobt. (4. Beo, Z. 106-113, 2kW)

Patrick ist nicht begeistert, als ihm der Schnuller aus dem Mund fällt. Er beschwert sich etwas und vergräbt seinen Kopf in der Stoffwindel. Durch den festen Druck, den die Therapeutin auf seinen Hintern ausübt, fühlt er sich gut genug gehalten, um den Kopf kurz zu heben. Dabei wird er euphorisch von Elke gelobt. Sie fasst für ihn auch in Worte, wie schwer sein Kopf sei und wie sehr er sich dafür anstrengen müsse, um ihn halten zu können. Für die Tatsache, dass Patrick korrigiert erst zwei Wochen alt ist, ist diese anstrengende Übung ein Beweis für die gute körperliche Entwicklung des Babys.

Die nachfolgende Szene ist die vermeintlich letzte Therapiestunde am AKH. Elke versucht der Mutter so viele Übungen wie möglich zu zeigen, die sie zu Hause mit Patrick trainieren kann. Patrick wirkt nicht mehr wie ein kleines Baby, sondern wie eine Handpuppe an der Übungen vorgezeigt werden. Während der gesamten Beobachtungsstunde, aus der diese Zeilen stammen, ist Patrick sehr unruhig und muss viel weinen. Er wird von Mutter und Therapeutin nicht verstanden.

Elke nimmt den linken Arm von Patrick und zeigt der Mutter, wie sie mit der ganzen Hand (und betont nicht mit zwei Fingern, sondern mit der ganzen Hand) fest den Arm drückt und dies auch kommentiert und sich dann über die ganzen Körperteile weiterarbeitet. Patrick raunzt und Jessica hält ihm den Schnuller und redet ab und zu auf ihn ein: „Schatzlein, was ist denn da so schlimm.“ Elke dreht Patrick in die Rückenlage und zeigt der Mutter weiter, wie sie die beiden Händchen zusammenführen kann und das auch gleichzeitig benennen soll. Sie soll die Hände immer vor Patricks Augen halten, sodass Patrick das auch sehen kann. Elke dreht Patrick in die Bauchlage und erklärt dabei, ein Baby nie einfach hochzuheben und auf den Bauch zu drehen, sondern immer mit Bodenkontakt und gleichzeitig dazu sprechen, damit es eine Idee von Umdrehen und seinem Körper bekommt. Patrick kann seinen Kopf schon gut halten, er strengt sich aber sehr an dabei und jammert ein bisschen. Elke lobt ihn überschwänglich und geht mit ihrem Kopf auf Kopfhöhe von Patrick, damit er sie gut sehen kann. Patrick hält eine Weile seinen Kopf bis Elke ihn erlöst und ihn wieder in die Rückenlage dreht. (7. Beo, Z. 147-154, 156-159, 161-165, 3,5kW)

Die Therapeutin weiß um die Wichtigkeit der Therapie und möchte der Mutter noch viele gute Tipps für zu Hause mitgeben. Dabei dreht sie Patrick von einer Position in die nächste und übergeht Patricks Bedürfnisse. Patrick wird zusehends müder und resigniert. Er lässt die beiden Frauen gewähren und beschwert sich nur ab und zu. Es scheint, als hätte er keine Kraft mehr neben den anstrengenden Übungen noch zu weinen. Alles ist so schlimm und beängstigend für ihn und selbst die Therapeutin, die sonst so einfühlsam auf ihn einging, hilft ihm in dieser Therapiestunde nicht. Er macht die Erfahrung, dass er hilflos ausgeliefert ist und nicht verstanden wird.

4.2.2.2 Durch die Interaktion zu Hause

Patrick hat seit der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zur nächsten Beobachtung zu Hause einen enormen Entwicklungsschub gemacht. Er ist nicht nur gewachsen und hat gut zugenommen, sondern bewegt sich sehr aktiv und aufgeweckt. Im korrigierten Alter von 3 Monaten dreht er sich sogar schon von der Rückenlage in die Bauchlage.

In der nachfolgenden Beobachtungsszene ist Patrick schon deutlich älter. Er ist schon einige Wochen zu Hause und hat einen merklichen Entwicklungsschritt machen können. Patrick ist sehr aktiv und bewegt sich mehr. Er tritt in Kontakt mit sich und seiner Umwelt.

Patrick bewegt ständig seinen Körper. Er liegt nicht eine Sekunde still. Die Mutter lacht und meint: „Er wird sicher einmal ein Sportler.“ Patrick steckt seine rechte Faust in den Mund und lutscht daran. Die Mutter sagt: „Isst du jetzt wieder deine Hand?“ Sie betrachtet ihn einige Sekunden und bietet ihm dann den Schnuller an. Patrick nimmt ihn gar nicht an. Als er ihn im Mund hat, saugt er nicht, sondern blickt die Mutter groß an. Da nimmt sie den Schnuller wieder weg und spricht mit Patrick. Sie nimmt seine linke Hand und stupst ein Schiff seines Mobiles an. Patrick sieht sie an und strampelt heftig. (11. Beo, Z. 89-95, 10kW)

Patrick ist ein properes wohlgenährtes Baby, das aktiv an seiner Umwelt Anteil nimmt. Er hat Freude daran, seine Beine und Hände zu bewegen. Die Mutter freut sich über die sichtlichen Fortschritte. Patrick gibt ihr dadurch die Sicherheit, eine gute Mutter zu sein und gut für ihn zu sorgen. Die anfängliche Angst, er könnte nicht überleben, wird geringer. Die motorische Entwicklung bei Patrick scheint parallel zu seinem korrigierten Alter zu verlaufen. Er weist keine Rückstände auf. Patrick blickt seine Mutter an und strampelt heftig vor Freude, als sie mit ihm spricht. Ein typisches Beispiel für Mutter-Kind-Kommunikation. Er antwortet mit den ihm gegebenen Möglichkeiten und zeigt, wie er sich freut.

In der folgenden Szene wird Patrick von der Mutter gewickelt. Er nützt das Nacktsein, um sich frei und ausgelassen zu bewegen. Es bereitet ihm große Lust.

Die Mutter legt Patrick auf die Wickelaufgabe und öffnet die Knöpfe seines Strampfers. Patrick beginnt gleich sich aktiv zu bewegen, als er auf der Auflage liegt. Die Mutter lächelt ihn an und redet unentwegt mit ihm, dass er ein Lauser sei und dass er jetzt eine neue Windel bekomme. Sie sieht ihn strahlend an und Patrick strampelt munter weiter und betrachtet seine Mutter. Jessica öffnet die Windel und reinigt Patrick mit einem Feuchttuch. Patrick strampelt und scheint gut gelaunt. Als sie eine neue Windel unter Patrick legt, hampelt er so wild, dass Jessica es nicht gleich schafft, den Klebestreifen zuzukleben. (12. Beo, Z. 36-43, 10kW)

Patrick genießt es, von der Kleidung befreit zu werden. Er kennt das Wickelprozedere schon und wartet nur darauf, sich nackt bewegen zu können. Gleichzeitig wird er durch das Ansprechen der Mutter und ihren strahlenden Gesichtsausdruck zusätzlich animiert, mit ihr in Kontakt zu treten. Die Mutter hat Schwierigkeiten ihn so lange ruhig zu halten, bis sie ihn fertig gereinigt hat und eine frische Windel anlegen kann.

Die unten beschriebenen Szenen stammen aus der letzten Beobachtung. Patrick hat am Vorabend begonnen, sich von der Rücken- in die Bauchlage zu drehen. Die Mutter ist sehr stolz darauf und kann es kaum erwarten, bis Patrick mir seinen Entwicklungsschritt zeigt. Als er ihn nur andeutet, meint sie, er könne das schon besser. Gleich darauf demonstriert Patrick, wie gut er sich schon drehen kann.

Patrick hat seinen linken Daumen im Mund und lutscht daran. Er steckt fast die ganze Faust in den Mund. Jessica sagt: „Na geh, ist die so gut die Hand?“ Sie zieht Patrick die Hand aus dem Mund. Patrick wird aktiver und hebt das linke Bein über das rechte und dreht sich etwas seitlich. Die Mutter

ist ganz aufgeregt und meint, das könne er aber noch besser. Patrick holt noch einmal Schwung und liegt dann in der Bauchlage. Er hat seine rechte Hand unter seinem Körper eingeklemmt und bekommt sie alleine nicht frei. Er ist in Bauchlage und jammert, weil es sehr unbequem für ihn ist. „Da muss dir die Mama helfen. Schau.“ Sie beugt sich zu ihm und entwirrt seine Hand. Sie legt sie vor seinen Körper zum Abstützen. Patrick schaut ganz aufgeregt herum und hebt ganz brav seinen Kopf. Er stützt sich mit geballten Fäusten ab und brummt dabei etwas vor Anstrengung. (15. Beo, Z. 68-78, 12kW)

Wieder macht er Andeutungen sich zu drehen. Er rollt sich auf die Seite und kippt wieder zurück. Nach einigen weiteren Anläufen schafft er es in die Bauchlage, die Hand ist allerdings wieder unter dem Körper eingeklemmt. Die Mutter hilft ihm, seine Hand zu befreien. Patrick geht genau vor uns in den Stütz und zieht seine Knie unter dem Körper an. Ich bin wirklich erstaunt, weil es scheint, als wolle er schon krabbeln. Die Mutter sagt: „Ja, ich glaube, es dauert nicht mehr lange und er krabbelt.“ (15. Beo, Z. 115-121, 12kW)

Patrick liegt auf der Couch und hebt seine Beine an. Er dreht sich etwas seitlich und bringt die Mutter damit in große Aufregung, weil sie schon weiß, dass er sich gleich drehen wird. Sie kann es kaum noch erwarten und scheint ihn etwas zu entschuldigen, weil Patrick das schon besser könne. Plötzlich dreht er sich in die Bauchlage und geht etwas unbequem in den Stütz. Eine Hand ist unter seinem Körper eingeklemmt. Die Mutter hilft ihm und befreit seine Hand. Patrick bleibt einige Sekunden im Stütz und blickt ganz aufgeregt herum. In der zweiten Szene versucht er sogar, sich etwas fortzubewegen. Er zieht seine Knie etwas an und versucht sich mit den Händen an der Decke nach vorne zu ziehen. Die Mutter ist unglaublich stolz auf ihn.

Patrick ist korrigiert 12 Wochen alt. Trotz seiner viel zu frühen Geburt dreht er sich bereits von der Rücken- in die Bauchlage. Die motorische Entwicklung ist wirklich beeindruckend und das erfüllt die Eltern zu Recht mit großem Stolz.

4.2.3 Die kognitive Entwicklung

4.2.3.1 Durch die Arbeit mit der Therapeutin

Patrick ist durch seine zu frühe Geburt sehr leicht aus der Fassung zu bringen. Jedes zu laute Geräusch, jede Lageveränderung, jede unangekündigte Berührung bereiten ihm Schwierigkeiten und das zerknirscht ihn. Die Therapeutin weiß um die Probleme bei Lageveränderungen und spricht Patrick schon darauf an, bevor sie ihren Griff verändert. Patrick raunzt dann trotzdem kurz, beruhigt sich aber rasch. Wenn die Therapeutin eine Übung zum ersten Mal durchführt, ist Patrick noch irritiert. Beim nächsten Mal scheint er schon zu wissen was kommt und kooperiert sogar, indem er die Übungen teilweise mitmacht oder Elke den Zugriff auf die entsprechende Körperstelle erleichtert.

In den unten beschriebenen Sequenzen möchte die Therapeutin Patricks Lymphsystem am Hals anregen und massieren. Patrick kennt diese Bewegung noch nicht und wehrt sich anfangs dagegen. Als er merkt wie angenehm die Massage ist, lässt er sie zu und scheint sie zu genießen.

Elke legt links und rechts an Patricks Hals vorsichtig einen Finger. Patrick beschwert sich und zieht den Kopf ein, sodass Elke gar nicht gut greifen kann. „Du musst mich da schon ein bisschen hin lassen“, sagt sie. Als sie die ruhigen kreisenden Bewegungen mit ihren Zeigefingern beginnt, wird Patrick ruhig und scheint dies sehr zu genießen. (2. Beo, Z. 78-82, 2kW)

Elke beginnt wie beim letzten Mal damit, seine Lymphen am Hals zu massieren. Brav streckt Patrick sein Köpfchen etwas aus. Elke lobt ihn, weil er so brav mit macht. (3. Beo, Z. 105-107, 2kW)

Patrick ist von der neuen Übung irritiert und wehrt sich dagegen. Er zieht den Kopf ein, sodass Elke Mühe hat, zum Hals zu gelangen. Die Therapeutin fasst in Worte, dass Patrick ihr gestatten soll, ihn am Hals zu massieren. Er beruhigt sich schnell und scheint die Massage zu genießen. Beim nächsten Mal kennt Patrick die Übung schon und streckt sein Köpfchen aus, damit die Therapeutin gut zu seinem Hals gelangen kann. Elke fasst in Worte, dass er brav mitarbeitet und lobt ihn auch dafür.

In der folgenden Szene legt Elke das Hauptaugenmerk der Therapie darauf, dass Patrick seinen Blick in der Mitte bei ihr behalten und nicht ständig nach rechts abdriften soll, in seine „Patrickwelt“, wie sie es bezeichnet. Eine Schwester stellt sich zu Elke und spricht mit ihr. Sobald Elke Patrick nicht mehr animiert, schafft er es nicht, seine Aufmerksamkeit bei ihr zu behalten und sein Blick schweift ab nach rechts oben.

Eine Schwester lehnt sich neben die beiden und sieht eine Weile zu. Elke erzählt ihr etwas von einem anderen Baby, das gesundheitlich sehr angeschlagen sein soll. Patricks Blick gleitet weg. Als Elke wieder in die Mitte sieht, muss sie schmunzeln, weil er schon wieder in seine „Patrickwelt“ abgedriftet ist. „Ist es da so super in deiner Patrickwelt? Dürfen wir da auch einmal mit?“, fragt sie ihn. Sie nimmt wieder die seitlichen Enden der Stoffwindel hoch und schnalzt mit der Zunge. Patrick blickt sie an, worauf er prompt gelobt wird für die brave Mitarbeit. (5. Beo, Z. 23-30, 3kW)

Elke wird durch das Gespräch mit der Schwester abgelenkt und animiert Patrick deshalb nicht mehr ständig durch Zungenschnalzen und Ansprechen, dass er sie ansehen soll. Nur so kann Patricks Aufmerksamkeit gehalten werden. Langsam bewegt sich sein Kopf nach rechts und auch seine Augen gleiten ab. Als Elke dies bemerkt, muss sie schmunzeln und sie fragt ihn, ob es in seiner Patrickwelt so schön sei. Durch die Stoffwindel an Patricks Seiten deutet Elke Scheuklappen an, was Patricks Blick automatisch wieder in die Mitte zu ihr bringt. Weil er sie schließlich wieder anblickt, wird er von Elke für die brave Mitarbeit gelobt.

Die erste Beobachtung nach der Entlassung nach Hause findet während einer Nachsorgeuntersuchung am AKH statt. Patrick wird unter anderem gewogen, gemessen und es wird ihm Blut abgenommen. Patrick ist sehr tapfer und beeindruckt damit nicht nur seine Eltern.

Als das Blutabnehmen abgeschlossen ist, drückt der Vater eine sterile Auflage auf die Einstichstelle und streichelt Patrick dabei. Patrick ist ganz unbeeindruckt und weint gar nicht. Die Ärztin, die Schwester und seine Eltern loben ihn wie tapfer er sei. Ich denke mir, dass er schon so oft in seinem Leben gestochen worden ist, dass es ihm schon weniger ausmacht. (10. Beo, Z. 84-88, 9kW)

Patrick werden insgesamt fünf kleine Ampullen Blut abgenommen. Er zuckt nur kurz beim Einstich in seine Hand, ansonsten bleibt er ruhig. Sein Vater ist ganz nah bei ihm, hält ihn und redet mit ihm. Als die Blutabnahme vorbei ist, äußern alle im Raum Anwesenden wie beeindruckt sie seien, weil Patrick so tapfer sei. Einstiche scheinen Patrick nicht mehr viel auszumachen, weil er in seinem bis jetzt so kurzen Leben schon so oft gestochen werden musste. Seine Schmerztoleranz scheint sehr hoch zu sein.

4.2.3.2 Durch die Interaktion zu Hause

Patrick ist ein aufgewecktes Baby, das die Welt exploriert. Während bei der Mutter noch sehr die Themen Essen und Wachsen im Vordergrund stehen, möchte Patrick lieber seine Umwelt erfassen. Er sieht herum und blickt groß, wenn mit ihm gesprochen wird. Dies sind völlig normale Reaktionen für ein Baby seines Alters.

In der unten beschriebenen Szene erklärt die Mutter, dass sie das Gefühl hat, Patrick würde sie manchmal schon verstehen. Sie bekräftigt dies mit dem Beispiel einer Füttersituation.

Die Mutter erzählt mir, dass sie manchmal das Gefühl habe, er würde sie schon verstehen, weil er das mache, was sie ihm sage, zum Beispiel beim Essen. Er wehre sich eine Weile, aber wenn sie ihn dann ermahne, dass er essen solle, dann trinke er sein Fläschchen. Sie erzählt mir, dass sie beim Kinderarzt ein reifgeborenes Baby gesehen habe, das die Flasche in zehn Minuten leer getrunken habe und Patrick dafür immer mindestens 30 Minuten brauche. (13. Beo, Z. 47-50, 11kW)

Bei Jessica stehen das Essen und die Gewichtszunahme sehr stark im Vordergrund. Patrick hingegen will statt dem Essen oftmals explorieren, kommunizieren oder spielen. Die Mutter beharrt dann darauf, das Fläschchen zu trinken bis Patrick resigniert. Dann wird die Mutter wehmütig und erzählt, dass sie ein Baby gesehen habe, das seine Flasche in zehn Minuten getrunken habe. Sie gibt Patrick gar nicht die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wann er sein Fläschchen trinken möchte.

Würde sie dies zulassen, könnte sie vielleicht auch einen lustvoll trinkenden Patrick erleben, der nicht 30 Minuten benötigt.

In der folgenden Szene wird wieder eine Füttersituation beschrieben. Sie verdeutlicht, wie sehr die Mutter darauf bedacht ist, ihr Kind zu nähren. Dabei verliert sie Patricks Interessen aus dem Auge. Vor dieser Szene trinkt Patrick nicht mehr, deshalb beschließt die Mutter ihn zu wickeln und es danach nochmals zu probieren.

Jessica stellt das Fläschchen auf den Couchtisch und beugt sich über Patrick. „Magst du jetzt weiter essen, hmm? Magst du? Aber nicht wieder nur spielen. Schon essen.“ Patrick schaut sie an und strampelt ganz wild. Er öffnet den Mund und gibt sogar Laute von sich, so als würde er seiner Mutter antworten. „Ja, probieren wir, ob du etwas Essen möchtest, hm? Du Lauser, du kleiner.“ Jessica strahlt Patrick an und hebt ihn dann hoch, um sich mit ihm auf den Couchsessel zu setzen. Patrick quengelt etwas. (12. Beo, Z. 57-62, 10kW)

Jessica ist völlig eingenommen von dem Gedanken, Patrick müsse wachsen. Ständig hat sie Angst er esse zu wenig. Patrick möchte aktiv seine Welt erkunden. Die Mutter kann dies nicht zulassen, solange Patrick noch nicht aufgegessen hat. Das Wickeln hat Patrick sehr stimuliert und er möchte mit seiner Mutter noch weiter kommunizieren. Er strahlt sie an und strampelt heftig. Die Mutter missversteht ihn und reduziert seine Kommunikation auf das Essen. Als er merkt, dass er wieder essen soll, beginnt er zu quengeln. Patrick macht hier die Erfahrung, dass er trinken muss, um seiner Mutter Sicherheit zu geben und ihr die Angst zu nehmen, sie könne ihn nicht genug nähren. Er trinkt sein Fläschchen deshalb, aber genießt es nur mäßig.

In der nachfolgenden Szene wird beschrieben, wie Jessica und Patrick mit einem Kuscheltuch spielen. Als Patrick das Tuch zum Explorieren in den Mund steckt, fasst die Mutter in Worte, ob er der Kuh Bussis gebe.

Dann holt die Mutter ein Kuscheltuch mit einem Kuhkopf und bietet es Patrick an. Er blickt hin. Die Mutter sagt: „Schau, da ist dein Kuscheltuch. Das möchte mit dir schmusen. Eiei.“ Sie streicht mit dem Kopf über Patricks Wange. Er greift danach und steckt es in den Mund. „Gibst du der Kuh Bussis?“ Patrick steckt es immer wieder in den Mund und betrachtet es dann, um es danach wieder mit dem Mund zu untersuchen. (15. Beo, Z. 99-103, 12kW)

Patrick ist ein aufgewecktes Baby, das aktiv an seiner Umgebung teil nimmt. Die Mutter bietet ihm sein Kuscheltuch mit einem Kuhkopf an. Patrick nimmt es und betrachtet es. Er untersucht es auch mit seinem Mund. Die Mutter freut sich, dass Patrick ihr Spiel aufgreift und fragt Patrick, ob er der Kuh Bussis gebe. Patrick scheint nicht wirklich zuzuhören, sondern voll und ganz im Erforschen der Kuh aufzugehen.

4.2.4 Die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung

4.2.4.1 Wie das Baby auf seine Mutter reagiert

Patrick erkennt die Stimme seiner Mutter und reagiert darauf. Er blickt ganz groß und bleibt mit seiner Konzentration bei seiner Mutter. Jessica freut sich über die kleinen Fortschritte, die Patrick macht. Für ihn sind es Meilensteine, beispielsweise, dass er keinen Sauerstoff mehr benötigt und sie daher zum ersten Mal raus gehen dürfen. Patrick ist darüber sehr erstaunt und betrachtet die neue Umgebung mit großen Augen. Die Mutter ist schon sehr ungeduldig und kann es kaum noch aushalten, täglich ans AKH zu fahren. Trotzdem versucht sie diese Ungeduld nicht auf Patrick zu übertragen und im Umgang mit ihm liebevoll und ruhig zu bleiben.

Die nachfolgende Szene findet während der vermeintlich letzten Beobachtung am AKH statt. Am Folgetag hätte Patrick entlassen werden sollen. Die Mutter muss noch vieles vom AKH aus per Telefon organisieren und ist sehr gestresst. Dies überträgt sich auch auf Patrick. Jessica ist mit ihrer Aufmerksamkeit nicht bei Patrick und schafft es nicht ihn zu beruhigen.

Sie legt Patrick auf ihre Knie und wiegt ihn hin und her. Er beruhigt sich nur kurz und weint dann weiter und klagt vor Schmerzen. Es hört sich an wie eine kleine Ente, die quakt. Weil sich Patrick nicht beruhigt, verändert die Mutter wieder seine Position und nimmt ihn wieder an die Schulter. Sie streichelt seinen Rücken und klopft sanft auf den Popo. Patrick beruhigt sich nicht. Dann nimmt sie Patrick auf ihren linken Arm und schaukelt ihn sanft. Jessica versucht Patrick den Schnuller anzubieten. Der will ihn jedoch nicht. Er stößt ihn mit der Zunge aus dem Mund und weint weiter. Wieder legt Jessica Patrick auf ihre Oberschenkel, wiegt ihn und spricht unentwegt auf ihn ein. Er beruhigt sich nicht merklich. Dann nimmt sie ihn wieder auf den Arm und versucht ihm den Schnuller zu geben. Diesmal nimmt Patrick ihn an und nuckelt langsam. Die Hände hat er in Abwehrhaltung vor dem Körper mit offenen Handflächen und weggestreckten Fingern. (7. Beo, Z. 34-45, 3,5kW)

Patrick weint laut. Die Mutter legt ihn auf ihre Knie und wiegt ihn. Patrick beruhigt sich nicht und weint weiter. Die Mutter verändert seine Position und probiert eines nach dem anderen aus, um ihn zum Schweigen zu bringen, weil sie weiter telefonieren muss. Es wirkt sehr mechanisch. Patrick möchte auch den Schnuller nicht annehmen. Die Mutter wirkt fast so verzweifelt wie das Baby. Trotzdem gibt Jessica nicht auf, verändert wieder Patricks Lage und bietet wieder den Schnuller an. Langsam scheint Patrick erschöpft zu sein und gibt auf. Die Hände hält er allerdings vor dem Körper mit weggestreckten Fingern, so als wolle bzw. müsse er sich vor etwas schützen.

Vor der folgenden Beobachtungsszene telefoniert die Mutter und erzählt wie anstrengend und mühsam sie es empfinde, dass sie noch länger am AKH bleiben

müsse und Patrick nicht heim dürfe. Ständig komme jemand ins Zimmer und wolle etwas von ihr. Kurz darauf bereitet sie Patrick vor, um mit ihm eine Spazierfahrt zu machen.

Die Mutter sagt: „Ja, kleine Babys brauchen eine Mütze, Schatzi. Das geht nicht ohne.“ Sie hebt Patrick heraus und er schaut sie ganz groß an. Er schmiegt sich an ihre Schulter und dreht dann den Kopf zum Hals der Mutter. Jessica hebt ihn kurz an und lacht ihn an. „So hübsch bist du heute.“ Sie küsst Patrick auf den offenen Mund und lächelt zärtlich. (8. Beo, Z. 83-86, 4kW)

Obwohl die Mutter kaum noch Reserven hat, um die Zeit am AKH durchzustehen, versucht sie dies nicht auf ihr kleines Baby zu übertragen. Sie ist sehr liebevoll und zärtlich im Umgang mit Patrick und holt sich durch die Interaktion mit ihm wieder Kraft, um weiter machen zu können. Patrick schmiegt sich an den Hals seiner Mutter und genießt die Nähe zu ihr sichtlich.

In der folgenden Szene zu Hause schläft Patrick ruhig am Arm seiner Mutter. Diese scheint sich ein wenig entschuldigen zu wollen, weil sie einige Male davor erwähnt hat, wie anstrengend Patrick sei und dass sie zu nichts komme, weil er ständig weine.

Patrick liegt in den Armen seiner Mutter und schläft. Er wirkt entspannt und zufrieden. Sie lacht und meint: „Ja, jetzt ist er brav. Immer wenn jemand da ist, deshalb glaubt mir keiner, dass er so unruhig ist und ich nie raus gehen darf. Meine Mama hat sich auch schon gewundert.“ (11. Beo, Z. 41-44, 10kW)

Patrick ist ganz entspannt und genießt es, bei seiner Mutter am Arm zu schlafen. Die Mutter ist verwundert darüber und erwähnt, dass auch ihre Mutter nicht glauben wolle, dass Patrick ein so unruhiges Baby sei. Es hat den Anschein, als ob sich die Mutter erst entspannen kann, wenn jemand bei ihr ist (Mutter oder Beobachterin) und dies dann auf ihren Sohn überträgt. Es könnte sein, dass sie Angst hat, wenn sie mit Patrick alleine ist, dass etwas Unerwartetes eintreten und er beispielsweise zu atmen aufhören könnte.

4.2.4.2 Wie Baby und Mutter miteinander kommunizieren

Patrick kommuniziert mit seiner Umwelt. Zu Beginn der Beobachtung ist er korrigiert eine Woche alt und reagiert daher auch wie ein neugeborenes Baby. Er blickt in seine Umwelt und nimmt die Eindrücke auf. Mit der Zeit lächelt er auch schon und reagiert auf Ansprechen mit Strampeln der Beine und Schütteln der Hände. Er hält es nicht gut aus alleine gelassen zu werden, weil er es die ersten fünf Monate seines Lebens nie war. Zu Hause will er ständig jemanden in Sichtweite haben. Es reicht ihm nicht, die Stimme seiner Mutter aus der Küche zu hören. Die Mutter

kommuniziert mit Patrick, indem sie die Tätigkeiten des täglichen Alltags kommentiert oder auf ihn eingeht, wenn er weint oder fröhlich ist.

In der folgenden Beobachtungsszene am AKH hat Patrick vor dem Essen geschlafen. Als er wach wird, bekommt er von der Mutter das Fläschchen. Weil er zwischenzeitlich nicht mehr trinkt, wird er zum Aufstoßen über die Schulter gelegt.

Patrick liegt auf dem linken Arm seiner Mutter und saugt ruhig am Fläschchen. Er hat die Augen geöffnet und wirkt entspannt. Die Mutter sieht ihn an und spricht manchmal leise mit ihm. Patrick hält mit seiner linken Hand den linken Zeigefinger seiner Mutter fest während er saugt. Die Mutter betrachtet ihn und sagt leise: „Tust du spielen, hm? Die Mama sieht, dass du spielst und nicht trinkst. Du sollst aber schon noch etwas essen.“ Sie stupst etwas mit dem Sauger im Mund hin und her, um ihn zum Trinken zu animieren. (6. Beo, Z. 7-13, 3kW) (...) Er streckt sich gleich ganz fest durch und bekommt dabei einen roten Kopf. „Ah strecken“, sagt die Mutter. Sie hält ihren Sohn mit der rechten Hand unter dem Hintern und mit der linken streicht sie ihm ganz sanft über den Rücken. Patrick sieht über ihre Schulter und blickt herum. (6. Beo, Z. 15-19, 3kW)

Patrick geht es gut. Er hat geschlafen, saugt nun warme angenehme Milch in den Armen seiner Mutter in sich auf. Er fühlt sich geborgen. Die Interaktion wirkt sehr innig und vertraut. Als er über die Schulter gelegt wird, um aufzustößen, streckt er sich ganz durch. Die Mutter kommentiert dies auch. Patrick holt sich selbst aus dem geborgenen Zustand des Schlafes und Trinkens heraus in die Welt und blickt herum.

In der folgenden Szene am AKH fragt die Mutter eine Krankenschwester, ob sie mit Patrick eine Spazierfahrt machen darf. Während sie ihren Sohn anzieht und für die Ausfahrt vorbereitet, spricht sie ganz aufgeregt. Auch Patrick wird von der Aufregung angesteckt und muss sogar niesen.

Zwischendurch spricht Jessica mit mir im Dialekt und dann mit Patrick wieder ganz aufgeregt in Schriftsprache, weil er raus darf. Patrick quiekt richtig vor Aufregung und schaut mit ganz großen Augen. Patrick niest und die Mutter sagt fröhlich: „Gesundheit.“ Sie murmelt etwas vor sich hin, während sie die Kabel irgendwo durchzustecken versucht. Schließlich entscheidet sie sich, den Strampler am Rücken offen zu lassen und die Kabel oben raus zu leiten. (8. Beo, Z. 74-79, 4kW)

Es ist nicht möglich, Patrick einfach anzuziehen und raus zu gehen. Zuerst müssen viele Kabel versorgt, eingesteckt und organisiert werden. Trotzdem will die Mutter ihrem Sohn etwas Sonne gönnen. Sie redet mit ihm ganz aufgeregt und scheint sich selbst über die Abwechslung zu freuen, etwas raus gehen zu können. Patrick blickt mit großen Augen und scheint ganz aufgeregt. Als ihm die Emotionen zu viel werden, muss er niesen. Die Mutter wünscht ihm fröhlich Gesundheit. Die Mutter redet mit Patrick, als würde er jedes Wort verstehen und wiederholt die Sätze auch. Im Theorieteil unter Punkt 2.3.1 wurde auf dieses instinktive Verhalten von Erwachsenen im Umgang mit Säuglingen bereits näher eingegangen, dass sie ihre

Stimme automatisch erhöhen und die Sätze übertrieben aussprechen und wiederholen. Auf diese Weise lernt ein Säugling.

Die folgende Szene stammt von einer Nachsorgeuntersuchung am AKH. Patrick wird unter anderem gewogen und gemessen. Dazu wird Patrick in eine Waagschale gelegt. Die Ärztin bittet die Mutter, sich zu Patrick zu stellen und ihn ruhig zu halten.

Die Mutter lächelt Patrick an und spricht leise mit ihm, dann legt sie ihn auf die Waage. Patrick schaut groß. Die Mutter legt ihren Zeigefinger vor ihren Mund und macht: „Sch-Sch.“ Sie möchte, dass Patrick sich einen Moment nicht bewegt, damit sie das Gewicht gut erkennen können. Patrick sieht sie groß an und bewegt sich auch kaum. Er wiegt schon 4610 Gramm. Die Mutter hat ein strahlendes Lächeln bei der Information. Sie sagt zweimal zu Patrick: „Ganz brav bist du.“ Die Ärztin sagt Jessica, sie solle sich zu Patricks Kopf stellen und ihn etwas halten. Dann fährt sie mit dem Beinteil heran und misst Patricks Größe. Er misst 51 Zentimeter. Die Mutter hebt Patrick hoch und gibt ihm ein Bussi auf die Stirn. Wieder lobt sie ihn, weil er so brav gewachsen ist. (10. Beo, Z. 47-56, 9kW)

Die Mutter legt ihren Zeigefinger auf den Mund und deutet Patrick an, er solle einen Moment ruhig sein. Als würde er seine Mutter verstehen, bleibt er einen Augenblick ruhig liegen und blickt sie mit großen Augen an. Die Eltern sind ganz aufgeregt und erleichtert, dass Patrick zu Hause so gut zugenommen hat. Es ist der beste Beweis, dass sie sich gut um ihn kümmern, wenn er zunimmt. Die Mutter ist glücklich und küsst ihren Sohn, als sie ihn aus der Waagschale heraus hebt.

In der unten beschriebenen Szene zu Hause bekommt Patrick sein Fläschchen. Als er fertig ist, wird penibel der Mund abgewischt und danach soll Patrick aufstoßen.

Die Mutter tupft Patrick mit dem Zeigefinger und der Stoffwindel den Mund ab und nimmt Patrick anschließend hoch. Er schmiegt sich an ihre linke Schulter und blickt dann stirnrunzelnd herum. Er sieht so süß aus. Die Mutter lobt ihn, weil er alles aufgegessen hat und gibt ihm Bussis. Patrick stößt auf und wird auch dafür wieder gelobt: „Gut hast du das gemacht.“ (15. Beo, Z. 57-61, 12kW)

Diesmal wirkt das Trinken nicht mehr so verkrampft. Weil sich die Mutter entspannt, kann auch Patrick entspannter trinken. Zur Belohnung wird er gelobt und geküsst. Als Jessica ihn an ihre Schulter hebt, schmiegt er sich geborgen an ihre Schulter und stößt rasch auf. Es entsteht eine innige, harmonische Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter hat nun ein gesundes kräftiges Baby, das schon mehr aushalten kann. Sie muss nicht mehr fürchten, dass Patrick verhungert oder zu Atmen aufhört. Durch diese Sicherheit gelingt es Jessica eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in der mehr Raum für andere Aktivitäten wie spielen und explorieren ist.

4.2.4.3 Das dringende Bedürfnis nach Gehalten werden

Frühgeborene Babys brauchen, noch dringender als termingeborene Babys, das Gefühl, gut gehalten zu werden. Sie kennen ihre Körpergrenzen noch nicht und

brauchen ständig rund um ihren Körper eine künstlich geschaffene Grenze. Im Inkubator werden rund um ihren Körper mit Styroporkugeln gefüllte Stoffhörnchen gelegt, die ihnen die Körpergrenze signalisieren sollen. Werden Babys im Arm gehalten, so brauchen sie auch diese Grenzen und wollen sich gerne spüren. Ein sanfter aber bestimmter Druck hilft ihnen, sich zu begreifen und ein Körpergefühl zu entwickeln. Dies wurde im Theorieteil unter Kapitel 1.9.1 bereits erörtert.

Patrick ist viel zu früh auf die Welt gekommen und kann die vielen Eindrücke, die ständig auf ihn einprasseln nicht schnell genug erfassen und verarbeiten. Er hat oft das Gefühl, zu zerfallen und erhält in solchen Situationen nicht genug Halt. Er schafft es, sich vom Schnuller genug Halt zu holen, um nicht in einen katastrophalen Zustand des Zerfließens zu geraten. Die Therapeutin weiß um die Dringlichkeit des Gehalten-Werdens und versucht der Mutter diese zu verdeutlichen.

In der unten beschriebenen Szene am AKH liegt Patrick in seinem Gitterbett und beginnt zu quengeln. Langsam steigert er sich. Die Mutter streicht ihm über den Körper und redet mit ihm. Weil er sich gar nicht beruhigt, nimmt sie ihn raus und auf ihren Arm.

Patrick quengelt doch schon sehr stark. Es hört sich an wie ein kleines Entchen, das quakt. Die Mutter spricht auf ihn ein und beruhigt ihn. Sie steckt die Kabel ab und nimmt Patrick auf den Arm. Da beruhigt er sich sofort und sieht herum. Sie wiegt etwas mit dem Oberkörper hin und her und macht Sch- Sch Laute. Sanft streicht sie ihm mit der freien Hand über sein Köpfchen. (3. Beo, Z. 83-88, 2kW)

Ein spontanes auf den Arm nehmen ist bei Patrick nicht möglich. Zuerst müssen alle Kabel abgesteckt bzw. entwirrt werden. Als Patrick in den Arm der Mutter gehoben wird, beruhigt er sich sofort. Dort fühlt er sich geborgen und erhält Halt. Dies geschieht weitgehend spontan, weil der Mutter die Dringlichkeit des Gehalten Werdens erst einige Wochen später von der Therapeutin erklärt wird.

In der folgenden Szene am AKH wird Patrick von Elke therapiert. Dazu zieht sie ihn unter einer Wärmelampe aus. Patrick ist nicht einverstanden und beginnt zu quengeln. Elke geht sensibel auf ihn ein und bietet ihm den Schnuller an. Damit gibt sich Patrick fürs Erste zufrieden und lässt die Therapeutin fortfahren.

Elke zieht Patrick langsam aus. Er fängt gleich an zu quengeln. Da nimmt Elke ihn im Liegen etwas hoch, sodass er auf ihren Unterarm aufgestützt sitzt. Sie fragt ihn, was denn jetzt los sei, dass er sich schon aufrege, noch bevor sie überhaupt begonnen habe und er das ja schon kenne. Elke steckt Patrick den Schnuller in den Mund. Er fängt gleich an zu saugen. Dann legt sie ihn wieder auf die Unterlage und zieht ihn weiter aus. Sie beeilt sich dabei. Patrick ist mit seinem Schnuller zufrieden. (4. Beo, Z. 27-33, 2kW) (...) Patrick verliert wieder den Schnuller und beschwert sich sofort. Er beginnt am ganzen Körper zu zittern, was die Therapeutin sofort aufmerksam macht, dass etwas nicht stimmt. Sie schaut hoch und rollt eine Stoffwindel zusammen. Die legt sie über Patricks Körper und den

Schnuller, damit er besser hält. Damit gibt sich das Baby zufrieden und nuckelt weiter. (4. Beo, Z. 66-70, 2kW)

Patrick holt sich oft Halt von seinem Schnuller. Da die Mutter nicht ständig bei ihm sein kann, und das Pflegepersonal noch viele andere Fröhchen zu versorgen hat, muss Patrick lernen, sich ein Stück selbst zu halten. Der Schnuller ist für ihn sehr wichtig. Als er den Schnuller verliert, beginnt er am ganzen Körper zu zittern, was die Therapeutin sofort aufmerksam macht, dass etwas nicht stimmt. Sie bemerkt, dass Patrick den Schnuller verloren hat und rollt eine Stoffwindel zusammen, die den Schnuller fixieren soll. Sobald Patrick den Schnuller wieder in seinem Mund spürt, beruhigt er sich und nuckelt teilweise recht heftig.

In der unten beschriebenen Szene vom AKH erklärt Elke der Mutter die Wichtigkeit des Gehalten-Werdens und zeigt ihr gleichzeitig wie sie Patrick halten kann, damit sie ihm Sicherheit gibt.

Elke bittet die Mutter, den Schnuller zu halten. Dann erklärt sie noch, dass es wichtig ist, dass Patrick fest gehalten wird und die Beine hoch lagert, beispielsweise an ihrem Hals. Der Blickkontakt sollte nicht mehr als 25 Zentimeter Abstand betragen, weil Babys in diesem Alter darüber hinaus unscharf sehen. (7. Beo, Z. 135-138, 3,5kW)

Patrick ist korrigiert fast vier Wochen alt. Er ist schon fast fünf Monate auf der Welt und erst jetzt wird der Mutter die Dringlichkeit des Gehalten Werdens erklärt. Elke weiß, wie stark Patrick oft das Gefühl hat zu zerfließen, weil er so an seinem Schnuller hängt. Auch in dieser Szene beginnt Patrick sofort zu quengeln, wenn ihm der Schnuller aus dem Mund fällt. Die Therapeutin erklärt Jessica wie sie Patrick halten kann und dabei auch seinen Füßen eine Begrenzung bieten soll, damit er die Körpergrenzen spürt und verinnerlicht.

Die folgende Szene findet zu Hause statt. Patrick hat gute körperliche Fortschritte gemacht und eine beachtliche Zeit geturnt und sich von der Rücken- in die Bauchlage gedreht. Als er müde wird, holt ihn die Mutter auf ihren Arm, um sich auszuruhen zu können. Die Mutter holt Patrick den Schnuller, den er energisch annimmt und daran saugt.

Die Mutter sagt: „Jetzt hast du so brav geturnt, jetzt komm einmal kuscheln.“ Mit diesen Worten hebt sie ihn vorsichtig auf ihren Arm und legt ihn an ihre Schulter. Patrick quengelt laut weiter. Er beruhigt sich nicht und beugt sich nach hinten durch. Die Mutter fragt ihn, ob er jetzt den Schnuller zum Beruhigen brauche. Sie nimmt den Schnuller und steckt ihn in Patricks Mund. „Ach, der goldene Schnuller, was würden wir nur ohne den machen.“ Patrick beginnt gleich wild zu saugen, sodass er ihn fast heraus schießt. (15. Beo, Z. 127-133, 12kW)

Patrick ist sehr erschöpft von der körperlichen Anstrengung und schafft es nicht, sich in den Armen der Mutter zu erholen. Er braucht trotzdem noch den Schnuller, um

sich zu beruhigen und Halt zu bekommen. Das energische Saugen lässt sich auf die starke vorangegangene körperliche Aktivität zurückführen. Die Mutter erkennt trotz allem eindeutig, dass Patrick sich erholen muss und bietet ihren Arm an. Die Kombination aus Mutter und Schnuller beruhigt Patrick deutlich und eine lange innige Kuschelphase folgt.

4.2.4.4 Die Vater-Kind-Beziehung

Der Vater wurde, genauso wie die Mutter, von der viel zu frühen Geburt unerwartet getroffen und geriet in einen Schockzustand. Im Gegensatz zur Mutter konnte er nicht täglich sein Kind sehen, da die Entfernung vom Wohnort zum AKH zu groß war und er weiterhin zur Arbeit musste. Er lebte über Monate getrennt von seiner Lebensgefährtin und konnte sich mit ihr oft nur über das Telefon austauschen, ihr folglich auch nur bedingt eine emotionale Stütze sein. Er musste sich damit abfinden, dass er nur begrenzt für seinen Sohn da sein konnte, solange dieser im Krankenhaus bleiben musste. Trotzdem haben Vater und Sohn eine sehr innige und herzliche Beziehung zueinander. Der Vater hat keine Berührungsängste und übernimmt beispielsweise selbstverständlich Pflögetätigkeiten bei seinem Patrick.

Ich lerne den Vater bei der zweiten Beobachtung kennen. Er ist sehr interessiert und stolz, dass sein Sohn in einer Diplomarbeit vorkommen wird. In der folgenden Szene soll Patrick für die Physiotherapie ausgezogen werden. Der Vater übernimmt selbstverständlich und ohne sich lange mit der Mutter darüber auszutauschen das Ausziehen. Dabei bemerkt er, dass Patrick eine volle Windel hat und beginnt ihn zu wickeln.

Als der Vater die Windel öffnet, sieht er wie voll sie ist und ist ganz erstaunt. Die Mutter lacht und Elke meint: „Ja wenn schon einmal der Papa wickelt, dann aber ordentlich.“ Patrick ist unbeeindruckt davon und scheint noch immer zu schlafen. Der Vater macht einige Putztücher nass und beginnt ganz zärtlich seinen Sohn abzuwischen. Ich bin beeindruckt, wie wenig Berührungsangst er hat und wie selbstverständlich er sich um seinen Sohn kümmert. Gleichzeitig kann sich die Mutter gut im Hintergrund halten und muss nicht dazwischen reden. Sie wirken gut aufeinander eingespielt. Trotz der Umstände am AKH. (2. Beo, Z. 55-62, 2kW)

Paul macht es nichts aus, die Pflögetätigkeiten wie Windeln wechseln und füttern bei Patrick zu übernehmen. Er genießt es sichtlich, Zeit mit seinem Sohn zu verbringen. Die Mutter hält es gut aus, sich im Hintergrund zu halten und ihren Lebensgefährten frei gewähren zu lassen. Patrick scheint seinen Vater zu kennen und sich bei ihm wohl zu fühlen. Paul putzt seinen Sohn gewissenhaft und gründlich, ehe er ihn der Therapeutin übergibt.

In der unten beschriebenen Szene bekommt Patrick sein Fläschchen. Wieder übernimmt der Vater wie selbstverständlich das Füttern. Patrick trinkt langsam und braucht für eine kleine Menge Milch relativ lange. Er muss zwischendurch über die Schulter gehoben werden zum Aufstoßen. Erst dann trinkt er weiter.

Der Vater lässt Patrick weiter trinken. Nach einer Weile hebt er ihn an seine Schulter und streicht ihm rhythmisch über den Rücken. Die Mutter beobachtet und legt auch ihre Hand auf die ihres Lebensgefährten. Dann legt der Vater seinen Sohn wieder in seinen Arm und lässt ihn weiter trinken. Die Mutter platziert wieder genau die Windel, weil sie von ihrem Lebensgefährten zu schlampig hingelegt wurde. „Damit der schöne neue Strampler nicht gleich wieder voll Milch wird.“ (2. Beo, Z. 145-151, 2kW)

Paul ist sehr behutsam im Umgang mit Patrick. Er hat zwar keine Berührungsängste, aber er hebt und bewegt Patrick sehr langsam und vorsichtig. Der Vater kennt den Ablauf des Fütterns. Zwischendurch lässt er Patrick immer wieder Zeit zum Aufstoßen. Als Paul seinen Sohn weiter trinken lässt, legt Jessica die Windel sorgfältig um Patricks Hals. Die Mutter möchte aus der Fütterszene nicht gänzlich ausgeschlossen sein und legt deshalb die Windel sorgfältiger hin als Paul.

In der folgenden Szene wird Patrick am AKH Blut abgenommen. Die Mutter kann das nicht mit ansehen und sagt dem Vater, er soll Patrick halten. Sie bleibt im Hintergrund stehen. Der Vater kümmert sich rührend und hält Patrick. Gleichzeitig bietet er ihm den Schnuller an.

Die Ärztin sticht in Patricks Hand. Patrick gibt nur einen ganz leisen Mucks von sich und nuckelt dann fest an seinem Schnuller. Der Vater verdeckt ihm die Sicht auf die Nadel mit der Handfläche und scheint mit seinem Sohn mitzuleiden. Die Ärztin nimmt Patrick fünf Ampullen Blut ab. Bei der letzten scheint es ihm schon zu lange zu dauern und Patrick strampelt etwas. Die Mutter greift sanft nach Patricks Beinen und hält sie fest. Während Patrick sich bewegt spritzt das Blut schneller aus der Nadel als zuvor. (10. Beo, Z. 78-83, 9kW)

Obwohl es auch für den Vater schmerzhaft ist zusehen zu müssen, wie sein Sohn gestochen wird, ist es wichtig, stark zu bleiben und nicht in Mitleid zu zergehen. Patrick braucht in der Situation einen starken Container, damit er die Schmerzen aushalten kann. Er hält sich zusätzlich an seinem Schnuller, an dem er fest zu saugen beginnt. Als er strampelt kann auch die Mutter zu Patrick gehen und für ihn da sein, weil er nicht wie von ihr befürchtet, vor Schmerzen schreit.

Die unten beschriebene Szene findet am AKH statt. Bei Patrick soll ein Ultraschall gemacht werden. Die Mutter sucht angespannt die Gänge und Stöcke in dem großen Gebäude nach dem richtigen Raum ab, während der Vater ruhig und entspannt bleibt und sich nur um Patrick kümmert.

Die Mutter wirkt wie eine Löwenmutter, die alles organisiert und managt, während der Vater nur für Patricks Wohlbefinden verantwortlich zu sein scheint. Der Vater nimmt Patrick heraus und die Mutter

meint, er könne ihn schon auf den Tisch legen. Der Vater sagt, der sei zu kalt und er halte ihn lieber, bis die Untersuchung los ginge. Patrick beginnt etwas zu raunzen in seinem Wagen. Als ihn der Vater hoch hebt, vergräbt er sein Gesicht in dessen Brust. Er wirbelt etwas mit seinen Armen herum, der Halt des Vaters beruhigt ihn aber schnell. Der Vater hält Patricks Schnuller mit der rechten Hand und gibt Patrick einen Finger seiner linken Hand zum Halten. Er wiegt ihn etwas hin und her und betrachtet ihn. (10. Beo, Z. 115-123)

In dem Untersuchungsraum soll Patrick auf den Tisch gelegt werden. Nachdem die Ärztin noch nicht da ist, entscheidet der Vater, er wolle ihn noch halten, weil der Tisch zu kalt sei. Patrick ist etwas unruhig und quengelt leicht. Patrick verschwindet fast in den breiten Armen des Vaters. Er fühlt sich ganz geborgen. Er wird dreifach gehalten. Durch die Arme des Vaters, durch den Schnuller und zusätzlich durch den Finger von Paul, an dem sich Patrick fest hält.

4.2.5 Die Entwicklungsförderung tritt in den Hintergrund und der Spaß tritt in den Vordergrund

4.2.5.1 Durch Szenen am AKH

Patrick ist zum Zeitpunkt meiner Beobachtungen zwar schon etwas robuster, trotzdem bereitet ihm die Atmung noch große Schwierigkeiten. Ständig schlägt der Alarm an. Speziell, wenn Patrick einschläft, vergisst er zu atmen. Die Szenen, in denen gelacht werden kann, sind noch sehr selten. Weil Patrick aber so süß ist und unbewusst witzige Dinge macht, holt er die Erwachsenen ein Stück aus ihrer Niedergeschlagenheit heraus.

In der folgenden Szene unternimmt die Mutter eine Spazierfahrt mit Patrick. Er atmet nicht anständig, deshalb schlägt der Alarm am Monitor ständig an. Die Mutter ist schon fast am Ende ihrer Kräfte nach vier Monaten im Krankenhaus.

Der Alarm schlägt wieder an. Patrick zeigt keine Reaktion und schläft tief. Die Mutter schaltet ihn aus und fährt weiter. Sie redet weiter mit mir. Wieder schlägt der Alarm an. Sie schaltet ihn wieder aus. Das wiederholt sich noch ca. fünf Mal. Die Mutter erzählt von ihrer Mutter, dass sie nur 17 Jahre älter ist und sie sich nicht einmischt und Jessica machen lässt, wie sie glaubt. Dann bleibt sie stehen und sagt: „So, was ist denn da jetzt los?“ Sie nimmt die Decke weg und öffnet die Gurte wieder. Sie streicht über Patricks Bauch und seine Wange. Er bewegt den Kopf etwas, schläft aber weiter. Die Mutter rüttelt ihn und schaltet immer wieder zwischendurch den Alarm ab, weil er ständig wieder anschlägt. Patrick ist kaum wach zu bekommen und ärgert sich, weil er aufgeweckt wird. Er verzieht sein Gesicht und raunzt. Dabei atmet er mehr und der Wert normalisiert sich. Dann schläft er wieder fest ein und der Alarm schlägt erneut an. Die Mutter murmelt: „So wird das nix.“ Sie hebt Patrick aus dem Wagen und nimmt ihn hoch. Sie spricht mit ihm, dass er atmen soll und streicht ihm über den Bauch. „Es tut mir leid, dass ich dich wecken muss. Aber du musst atmen, Schatzi. Ja, es tut mir leid.“ Patrick ist kaum wach zu bekommen und öffnet nur kurz seine Augen. (8. Beo, Z. 161-165, 168-178, 4kW)

Patrick genießt die Ausfahrt und kann sich völlig entspannen. Dadurch vergisst er auf das Atmen. Die Mutter blickt sofort auf den Monitor, wenn der Alarm ertönt. Nach

wenigen Sekunden normalisiert sich der Wert anfangs wieder. Die Mutter scheint die Autofahrt auch zu genießen und beginnt zu erzählen. Weil Patricks Alarm mittlerweile ständig anschlägt, bleibt die Mutter stehen und entfernt die Decke. Sie streicht Patrick über den Bauch und muss ihn wecken. Patrick wird ärgerlich und streckt sich etwas. Gleichzeitig macht er dabei einen tiefen Atemzug, sodass sich der Sauerstoffwert normalisiert. Kaum fünf Sekunden später schlägt der Alarm schon wieder an. Die Mutter muss Patrick aus dem Kinderwagen heben und ihn wecken. Sie weiß, wie wichtig für Patrick der Schlaf ist, trotzdem kann sie es nicht zulassen, weil er sterben könnte. Die Tatsache, dass Patrick nicht atmet ist schon dramatisch genug. Die Mutter befindet sich jetzt aber außerhalb des schützenden Zimmers mit Notfallmedizin und Ärzten. Es ist kein Spaß, hier geht es ums reine Überleben.

In der unten beschriebenen Szene wickelt der Vater Patrick und putzt seinen Popo. Die Mutter und die Therapeutin stehen dabei. Weil Patrick ungeduldig wird, maßregelt ihn der Vater auf humorvolle Weise.

Der Vater ist noch immer mit dem Putzen beschäftigt und meint, als Patrick etwas raunzt, er solle sich nicht aufregen, weil er beim Wickeln ja viel ärmer dran sei, weil er das wegmachen müsse. (2. Beo, Z. 68-70, 2kW)

Als Patrick ungeduldig wird und etwas zu quengeln beginnt, meint der Vater, er solle sich nicht aufregen, weil er ja viel ärmer dran sei. Es scheint, als wolle der Vater die Situation etwas aufheitern und die Damen rund um ihn unterhalten. Er schafft es, bei einer Alltagssituation wie Windeln wechseln etwas Humor ins Spiel zu bringen.

In der folgenden Szene wird Patrick von der Therapeutin massiert. Patrick ist die ganze Stunde etwas unentspannt und braucht ständig den Schnuller. Wenn er ihn verliert, beginnt er sofort zu weinen.

Dann legt sie Patrick wieder auf die Platte und gibt ihm den Schnuller in den Mund. Patrick saugt gleich daran. „Wie Maggie Simpson.“ Wir lachen beide. Patrick raunzt laut auf. „Entschuldigung, ich wollte dich nicht beleidigen“, sagt Elke. „Die ist eh süß. Du darfst eh nuckeln.“ „Der ist wirklich schnullersüchtig“, sagt sie zu mir. (4. Beo, Z. 92-96, 2kW)

Patrick bekommt seinen Schnuller von Elke und saugt heftig. Dabei macht er Schmatzgeräusche wie ein Baby aus einer bekannten Zeichentrickserie. Elke sagt dies und im selben Moment beschwert sich Patrick. Es scheint als würde sich Patrick über diesen Vergleich ärgern. Deshalb entschuldigt sich die Therapeutin bei ihm. Natürlich hat Patrick sich nicht beschwert, aber die Situation ergab eine witzige Szene und die Therapeutin griff sie auf, um den tristen AKH Alltag etwas aufzulockern.

4.2.5.2 Durch Spielen zu Hause

Zu Hause ist Patrick nicht mehr so zerbrechlich. Er wächst gut und die Mutter wird zusehends routinierter im Umgang mit ihrem Baby. Sie schafft es auch, Spiele in den Alltag zu integrieren. Weil Patrick nicht mehr ums reine Überleben kämpft und gut gedeiht, kann Raum für Spaß geschaffen werden.

In der unten beschriebenen Szene verdeutlicht die Mutter, wie anhänglich Patrick in den ersten Wochen nach der Krankenhausentlassung gewesen ist. Er habe nur geweint und sich durch nichts beruhigen lassen. Seit kurzem sei es aber besser. Patrick liegt während dieser Erzählung auf seiner Decke und schläft.

Als die Mutter mir mein Wasser hinstellt, sagt sie, seit gestern sei es besser und sie habe schon etwas putzen und Staub wischen können. Aber ansonsten hätte sie nie aus dem Zimmer gehen dürfen, weil Patrick total zu weinen begonnen habe. Es müsse immer jemand im Raum bei ihm sein, sonst werde er unruhig. Patrick schläft unruhig und bewegt sich oft. Er rudert mit den Beinen und Armen. Die Muskeln sind schon merklich stärker. Die Mutter meint weiter: Er sei ja seit seinem ersten Tag nie alleine gewesen und sie vermute, dass er deswegen immer jemanden um sich brauche. (11. Beo, Z. 55-62, 10kW)

Die Mutter hat sich die Zeit zu Hause wohl deutlich einfacher vorgestellt. Sie war sehr verzweifelt und enttäuscht, als sich Patrick nicht gleich einleben konnte in seine neue Umgebung. Das zerrte sehr an ihren Kräften und der Vorstellung, für Patrick eine ausreichend gute Mutter zu sein. Patrick schläft unruhig während ihrer Erzählung. Es wirkt als würde er an manchen Stellen widersprechen wollen oder sich rechtfertigen. Die Vermutung der Mutter, Patrick brauche ständig jemanden um sich, weil er seit seinem ersten Tag ständig Geräusche um sich hatte, klingt absolut plausibel.

In der folgenden Szene wird Patrick gewickelt um danach weiter zu trinken. Patrick ist dabei sehr aktiv und strampelt mit den Beinen. Die Mutter greift seine Aktivität auf und macht eine entzückende Konversation daraus.

Patrick blickt seine Mutter an und strampelt wild. Teilweise biegt er sich sogar etwas durch. Jessica kitzelt ihn am Bauch und sagt: „Ist der Patrick kitzlig?“ Dann schließt Jessica Patricks Body und sagt: „Was kommt jetzt?“ Sie blickt Patrick an und wartet einen Moment: „Dem Patrick seine Hose kommt jetzt. Ja.“ Sie holt den Strampler und zieht ihn über Patricks Beine. Bevor sie die Knöpfe zuschließt bemerkt sie: „Oh, haben wir etwas vergessen und du sagst auch nichts. Die Narbe eincremen müssen wir ja auch.“ (12. Beo, Z. 46-52, 10kW)

Die Mutter weiß zwar, dass Patrick noch etwas essen soll. Trotzdem kann sie die Minuten des Wickelns nutzen, um mit Patrick zu spielen. Sie kitzelt ihn am Bauch und fragt ihn, ob er kitzelig sei. Als sie ihn wieder anzieht, fragt sie Patrick, was als nächstes komme. Sie lässt Patrick Zeit zu antworten und spricht dann die Worte selbst aus. Als sie bemerkt, dass die Narbe am Bein nicht eingecremt wurde, spricht sie zu ihrem Sohn wie mit einem Erwachsenen, weil er sie nicht erinnert habe. Patrick wird von der Mutter schon als deutlich robuster empfunden. Ein richtiges

Baby, mit dem sie sich auch unterhalten und mit dem sie spielen kann. Er wächst und gedeiht und gibt ihr die Sicherheit, auch Spielen zu können.

In der unten beschriebenen Szene erzählt die Mutter von einem liebevollen Spiel zwischen ihr und Patrick.

Sie erzählt mir, dass sie einige Tage zuvor mit Patrick gespielt habe. „Er ist auf der Decke gelegen und hat mich mit seinem Blick verfolgt. Dann hab ich mich zu ihm gelegt und ihn gefragt, ob er mir ein Bussi gibt. Da hat er herzlich gelacht. Das war so süß, das haben wir 15 Minuten gespielt.“ (13. Beo, Z. 66-69, 11kW)

Die Mutter freut sich, ein properes Baby zu haben. Sie möchte wie alle Mütter mit ihrem Baby schmusen und ist entzückt, als Patrick dieses Spiel aufgreift und sich darüber freut.

In der unten beschriebenen Szene hat die Mutter Patrick am Schoß und wippt ihn hin und her, weil er etwas quengelig ist. Sie holt seine Beine nach oben und riecht daran. Dann äußert sie übertrieben belustigt, wie sehr seine Füße stinken würden. Patrick blickt seine Mutter ganz erstaunt an.

Patrick hält sich mit beiden Händen am Daumen und kleinen Finger der linken Hand der Mutter fest. Mit der rechten Hand holt sie Patricks Füße und riecht daran. „Ui, das sind Stinkefüße“, sagt sie. Sie holt wieder die Beine und wiederholt das Spiel noch einige Male. Patrick wird ruhiger und betrachtet seine Mutter ganz groß. „Was überlegst du denn jetzt?“, fragt ihn die Mutter. (15. Beo, Z. 139-143, 12kW)

Patrick reicht es nicht, am Schoß der Mutter zu sitzen. Gleichzeitig muss er sich an ihren Fingern fest halten. Die Mutter erfindet daraus ein Spiel und wippt Patrick hin und her und riecht an seinen Füßen. Dann meint sie ganz übertrieben: „Ui, das sind Stinkefüße!“ Dies wiederholt sie mehrere Male und mit jedem Mal wird Patrick ruhiger und betrachtet seine Mutter erstaunt. Jessica muss darüber lachen, weil Patrick so nachdenklich wirkt. Die Mutter konnte ein süßes und kreatives Spiel aus einer Situation schaffen, in der Patrick etwas unruhig und quengelig war und ihn so aus seiner Unzufriedenheit holen.

4.2.6 Das Baby nimmt sich selbst wahr

4.2.6.1 Durch eigeninitiatives Handeln

Patrick hat auch als sehr kleines und unreifes Baby schon die Möglichkeit, sich selbst wahrzunehmen. Sei es durch das Erleben der Darmentleerung oder durch das Nacktsein beim Wickeln. Er genießt es, sich groß zu machen, wenn er nackt ist und

sich durchstreckt. Er erfährt seine Körpergrenzen und handelt instinktiv danach, sich größtmögliche Lust zu bereiten.

In der unten beschriebenen Szene am AKH ist die Mutter gerade im Begriff, Patrick zu wickeln. Genau in dem Moment macht Patrick noch einmal in die Windel.

Patrick macht noch einmal hörbar in die Windel und die Mutter freut sich darüber, solange er noch nicht frisch gewickelt ist. Sie hält ihm die Beine, als könne er sich bei ihr abstützen und fragt ihn, ob da noch etwas komme. Patrick streckt die Beine ganz durch und sieht nach rechts oben. (3. Beo, Z. 52-54, 2kW)

Patrick liegt mit nackten Beinen in seinem Bettchen. Jessica möchte ihn gerade auf die Wickelunterlage heben als Patrick sich durchstreckt und in die Windel macht. Weil ihm die Mutter seine Beine hält, ist es Patrick möglich, seine Körpergrenzen zu erfahren und zu spüren.

In der folgenden Szene am AKH unterbricht die Mutter das Füttern, weil Patrick eine frische Windel braucht. Sie meint, er würde nicht mehr weiter trinken, bevor sie ihn nicht gewickelt habe. Deshalb trägt sie ihn zur Wickelaufgabe und beginnt ihn auszuziehen.

Die Mutter öffnet die Windel und Patrick streckt seine Beine durch. Er tritt Jessica förmlich in den Bauch. Jessica lässt die linke Hand auf Patricks Beinen liegen und holt mit der rechten Hand Tücher und eine frische Windel aus dem Fach unter ihr. Patrick macht Saugbewegungen mit dem Mund. Die Mutter fragt ihn, ob er schon wieder Hunger habe. Das Baby strampelt und bewegt sich stetig, aber nicht euphorisch. (6. Beo, Z. 44-49, 3kW)

Als Patrick ausgezogen wird, fühlt er seine nackten Beine. Die letzte Hülle fällt sozusagen weg. Er streckt sich ganz durch und macht Saugbewegungen mit dem Mund. Die Mutter interpretiert dies als Hunger. Es scheint allerdings so, als würde sich Patrick durch das Strecken, das Treten, die Saugbewegungen und den kommunikativen Kontakt mit der Mutter selbst aktivieren. Patrick kombiniert das lustvolle Strecken zusätzlich mit dem Treten der Beine gegen den Bauch seiner Mutter. Er genießt diese Innigkeit - dieses intensive Körpergefühl.

In der folgenden Szene am AKH liegt Patrick in seinem Bettchen und gähnt hin und wieder. Er bewegt stetig seine Arme und Beine und lutscht an seinen Lippen, indem er die Zunge herausstreckt und sie wieder hinein gibt. Die Mutter führt in der Zwischenzeit ein Telefonat.

Patrick bewegt wieder seine Händchen und pappt etwas mit dem Mund. Er streckt die Zunge leicht raus und gibt sie wieder rein. Und blickt ziellos herum. Er muss ganz lang gähnen und drückt dabei die Augen zu. Die Hände streckt er dabei in die Höhe über den Kopf. Dann entspannt er sich wieder und nimmt die Arme etwas herunter. (8. Beo, Z. 27-31, 4kW) (...) Patrick gähnt wieder ganz ausführlich und diesmal sehe ich, dass er seine Beine ganz durchstreckt. Der Kopf wird rot und er

streckt sich komplett durch. Die Arme ragen weit über den Kopf. Dann entspannt er sich wieder und hampelt ruhig weiter. (8. Beo, Z. 46-49, 4kW)

Patrick ist in dieser Szene völlig entspannt. Er fühlt sich sicher und geborgen und braucht nicht die Aufmerksamkeit seiner Mutter. Es reicht ihm, ihre Stimme zu hören, auch wenn sie nicht direkt mit ihm redet. Er gähnt genussvoll und streckt sich dabei durch. Dann bewegt er wieder stetig seine Arme und Beine. Er leckt über die Lippen. Patrick spürt sich in dieser Szene total. Er macht die Erfahrung, dass er sich bereits ein Stück selbst halten und sich Lust bereiten kann, indem er über seine Lippen leckt. Er weiß schon, dass über seine Lippen beim Essen die warme leckere Milch kommt und holt sich diese Gefühls- und Geschmackssensation selbst in sein Bewusstsein.

4.2.6.2 Durch Äußern von Lust und Unlust

Patrick ist als Frühgeborener sehr schnell von den vielen Reizen am AKH überflutet. Jede rasche Lageveränderung, jede ungewohnte Berührung, jedes laute Geräusch bringt Patrick aus der Fassung. Später ist er schon robuster und äußert seinen Willen. Die Mutter versteht ihn allerdings nur bedingt, oder verfolgt andere Ziele wie beispielsweise Essen statt Spielen. Im Laufe der Zeit kann auch die Mutter mehr Raum für Spiele zulassen und ist nicht mehr so fixiert auf den Gedanken, Patrick müsse essen und zunehmen.

In der folgenden Szene am AKH macht die Mutter mit Patrick im Kinderwagen eine Ausfahrt. Als sie zur Zimmertür fährt, erschreckt Patrick irgendetwas sehr und er erstarrt mit weit aufgerissenen Augen. Gleichzeitig alarmiert der Monitor für den Sauerstoffwert.

Die Mutter sagt: „So jetzt gehen wir.“ Sie fährt ein Stück zur Tür und muss dann vom Wagen wegtreten, weil sie ihren Kasten zusperrt. Patrick schaut plötzlich ganz starr mit aufgerissenen Augen, als würde ihn etwas ganz schlimm erschrecken. In derselben Sekunde geht der Alarm am Monitor los. „Was ist denn jetzt schon wieder“, sagt die Mutter genervt. Sie schaltet den Alarm aus und sieht auf das Gerät. Dann öffnet sie die Tür und fährt hinaus. Patricks Blick hat sich wieder normalisiert und er nuckelt an seinem Schnuller. (8. Beo, Z. 112-118, 4kW)

Etwas erschreckt Patrick plötzlich so sehr, dass er erstarrt und die Augen weit aufreißt. Er vergisst zu atmen, was sofort Alarm auslöst. Dadurch wird die Mutter aufmerksam. Sie sieht allerdings nur auf den Monitor und nicht auf den geschockten Patrick. Nach wenigen Sekunden hat sich sein Blick wieder normalisiert und Patrick saugt fest an seinem Schnuller. Er hat es geschafft, sich durch den Schnuller Halt zu holen und sich dadurch wieder zu beruhigen.

Die unten beschriebene Szene findet in der Wohnung der Mutter statt. Jessica kämpft schon eine beachtliche Zeit mit Patrick, damit er seine Milch trinkt. Dieser wehrt sich und saugt nicht engagiert genug. Er interessiert sich mehr für die Lampe über ihm. Weil die Mutter ihn nicht versteht, stemmt er sich mit den Beinen gegen sie, um sich gegen das Fläschchen zu wehren. Die Mutter bleibt dabei, Patrick müsse trinken und verändert seine Position, damit er nicht mehr zur Lampe sehen kann.

Patricks Blick schweift wieder zur Lampe. Er braucht für 30 ml Milch fast eine halbe Stunde. Immer wieder hört er zu saugen auf und beschwert sich. Er stemmt seine Beine gegen seine Mutter. Er wirkt fast ärgerlich. Die Mutter verändert dann seine Lage und versucht ihm, die Milch zu geben. Patrick saugt mit mäßigem Interesse und spielt nur mit dem Sauger. (12. Beo, Z. 68-72, 10kW)

Patrick will nicht trinken. Er will erforschen. Es scheint, als habe er keinen Hunger. Die Mutter versteht nicht, was Patrick ihr sagen möchte und kämpft lange mit ihm, bis er aufgibt und schließlich doch die Flasche leer trinkt.

In der unten beschriebenen Szene zu Hause versucht Patrick schon, sich vorwärts zu bewegen. Er zieht die Knie unter dem Körper an und versucht sich mit den Händen nach vor zu ziehen. Es ist aber noch viel zu anstrengend und er ärgert sich, weil es ihm nicht gelingt. Die Mutter versteht seine Frustration und nimmt ihn hoch zum Kuscheln.

Patrick wird ärgerlich, weil er nicht weiter kommt. Er zieht zwar die Beine an, gibt aber die Hände nicht nach vor. Ganz verärgert schreit er auf und klammert sich an der Decke unter ihm fest. Er zieht sich ein Stück nach vorne. Die Beine rutschen ihm unter dem Körper wieder nach hinten. Er wippt noch einige Male vor und zurück und protestiert schon sehr laut vor Ärger. Er legt seinen Kopf auf die Decke und jammert. Jessica holt den Schnuller und legt ihn vor Patricks Mund. Sie fragt, ob er den möchte. Patrick reagiert nicht. Die Mutter sagt: „Jetzt hast du so brav geturnt, jetzt komm einmal kuscheln.“ (15. Beo, Z. 121-128, 12kW)

Patrick ist ein ehrgeiziges Baby, das so lange probiert, bis er es schafft, sich auf die Knie zu stützen. Kaum schafft er es sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen, will er schon das nächste lernen. Die Mutter ist sehr stolz, weil er sich so toll entwickelt. Patrick ärgert sich, weil er nicht voran kommt. Als es ihm zu anstrengend wird, legt er jammernd den Kopf auf die Decke. Die Mutter bietet ihm den Schnuller an, doch was Patrick braucht sind die liebevollen Arme der Mutter, um sich ausruhen und entspannen zu können. Der Schnuller ist nicht mehr so wichtig für Patrick.

4.2.7 Die Mutter erlebt die Interaktion und die Kommunikation mit den unterstützenden Personen auf unterschiedliche Weise

4.2.7.1 Die Therapeutin

Patrick wird fast täglich, seit er auf der Welt ist, von Elke therapiert. Die Therapeutin zeigt der Mutter Übungen, die sie während der Pflegetätigkeiten beispielsweise beim Wickeln einbauen kann. Die Mutter führt diese Übungen allerdings nicht weiter aus. Trotzdem will sie ihrem Sohn die Therapie zukommen lassen und nimmt dabei auch in Kauf, dass Patrick beim Schlafen gestört wird. Obwohl die Mutter die Übungen selbst nicht durchführt, lernt sie alleine beim Beobachten der Interaktion zwischen Elke und Patrick eine Menge und verinnerlicht dabei auch den einen oder anderen Tipp von Elke.

In der folgenden Szene zeigt Elke der Mutter wieder eine Übung und fragt sie ,ob sie die auch mit Patrick mache. Die Mutter verneint etwas verlegen, wohl wissend, dass sie Elke damit enttäuscht. Elke hilft der Mutter über die Situation hinweg und wechselt das Thema. Die Mutter ist der Ansicht, dass Patrick keine Physiotherapie mehr brauche, wenn er entlassen wird. Elke betont die Wichtigkeit der Therapie für die Entwicklungsförderung.

Dann hält Elke die Beine mit sanftem aber bestimmtem Druck fest und macht große Kreisbewegungen. Sie fragt die Mutter, ob sie diese Übung auch mache beim Wickeln. Die Mutter sagt nein, bis jetzt habe sie das noch nicht gemacht. Dann reden die beiden über die Entlassung. Elke fragt, wo sie wohne, weil sie ihr eine Kollegin empfehlen möchte, damit sie nicht so weit ins AKH fahren muss. Die Mutter ist der Meinung, dass Physiotherapie, sobald die Ausscheidung gut funktioniere, nicht mehr nötig sei. Die Therapeutin erklärt ihr, dass Physiotherapie auch entwicklungsfördernd sei, weil bei Frühchen generell alles anders sei. (3. Beo, Z. 142-149, 2kW)

Elke ist etwas enttäuscht, weil die Mutter ihre Übungen nicht annehmen kann und sie nicht mit Patrick ausführt. Auch eine weitere Therapie hält die Mutter für nicht notwendig. Elke betont die Wichtigkeit der Therapie auch für die Entwicklungsförderung. Die Mutter wünscht sich so sehr ein gesundes Baby, dass sie nicht darüber nachdenken kann, dass Patrick etwaige Verzögerungen in seiner motorischen Entwicklung aufweisen könnte.

Vor der folgenden Szene hat Patrick lange geweint und ist danach sehr erschöpft. Elke hatte ihn beruhigt und ist im Begriff, ihn in sein Bett zu legen und folglich die Therapie ausfallen zu lassen. Die Mutter ignoriert Patricks Bedürfnisse und pocht auf die Therapiestunde. Elke folgt schließlich dem Wunsch der Mutter.

Patrick beruhigt sich langsam und die Augen fallen ihm zu. Es wirkt, als sei er noch immer nicht richtig wach. Die Mutter sagt, er habe nicht viel geschlafen und sei noch nicht lange wach. Elke fragt, ob sie ihn lieber schlafen lassen soll und eher nicht mit ihm turnen soll. Die Mutter sagt: „Naja, aber er hat ja die Augen offen, er will ja gar nicht schlafen.“ (7. Beo, Z. 81-85, 3,5kW)

Als Patrick zu weinen aufhört ist er sehr erschöpft und gerät in einen Dämmerzustand. Er würde bald einschlafen. Elke erkennt dies und möchte ihm etwas Ruhe gönnen. Die Mutter meint, er habe ja die Augen offen, folglich wolle er nicht schlafen. Die Therapeutin beschließt, entgegen Patricks Bedürfnis nach Ruhe, mit ihm zu turnen.

In der folgenden Beobachtungsszene ist Patrick sehr gestresst und muss viel weinen. Elke versucht ihn zu beruhigen und gleichzeitig mit ihm zu arbeiten. Patrick soll trainieren, seinen Kopf und die Aufmerksamkeit in der Mitte bei Elke zu behalten. Dafür muss sie ihn ständig locken und mit ihm reden. Patrick schafft es eine Zeit lang und wird dafür sehr gelobt.

Patrick quengelt wieder und ist sehr schwer zu beruhigen. Elke klopft ihm auf den Bauch und massiert ihn. Die Beine hat er noch hoch an ihrem Hals. Die Mutter betrachtet die beiden und wirkt fasziniert von der innigen Kommunikation, die Elke mit Patrick führt. Er sieht Elke an und wird dafür sehr gelobt. Sie versucht seine Augen in der Mitte zu halten und wirkt mit Worten und Taten dagegen, wenn Patrick wieder abschweift. Dann erklärt Elke der Mutter, dass Patrick unbedingt in die Mitte kommen soll, weil er ohnehin immer nach rechts schaut. Der Körper, der Kopf und die Augen sollen in die Mitte kommen. (7. Beo, Z. 111-118, 3,5kW)

Der Therapeutin fällt es schwer einen entwicklungsfördernden Raum zu schaffen, weil Patrick sehr quengelt und sich nur schwer beruhigen lässt. Folglich muss sie ihn neben der Therapiearbeit auch noch ständig beruhigen. Als Patrick es für einige Zeit schafft, Elke seine Aufmerksamkeit zu schenken, weil Elke ihn sehr aktiv und liebevoll unterhält, ist die Mutter ganz fasziniert und beobachtet aufmerksam. Patrick wird von Elke ausführlich gelobt. Dann erklärt die Therapeutin Jessica warum es für Patrick so wichtig ist eine zentrierte Körperhaltung zu lernen und zeigt ihr wie sie dies mit Patrick üben könne. Die Mutter hat beim Beobachten der Therapie die Möglichkeit sich einige Tipps von Elke abzuschauen und gegebenenfalls zu verinnerlichen.

4.2.7.2 Die Krankenschwestern, Pfleger und Ärzte

Patrick war fast fünf Monate am AKH und die Mutter fast täglich durchschnittlich acht Stunden bei ihm. Sie verrichtete in der Zeit alle Pflegetätigkeiten. Die Verantwortung für das Wohlergehen des Babys tragen in der Zeit die Schwestern und Ärzte. Die Mutter muss permanent um Erlaubnis fragen, wenn sie etwas mit Patrick machen

möchte. Ihr wird jede Kompetenz abgesprochen selbst zu wissen, was Patrick brauchen könnte. Trotzdem sind die Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger sehr darum bemüht, die Eltern zu unterstützen und zu motivieren. Sie wissen wie langwierig und anstrengend es ist, ein frühgeborenes Baby zu haben. Es ist ein schwieriger Spagat zwischen Verantwortung übernehmen und Aufgaben an die Eltern zu delegieren.

In der folgenden Szene am AKH betritt die Mutter gerade das Zimmer und findet ihren Sohn schlafend vor. Sie setzt sich zu ihm und wartet. Eine Schwester tritt an Patricks Bett und stellt sich vor. Sie erklärt der Mutter wie er die Nacht verbracht und wie viel er gegessen hat. Danach reden die beiden darüber, Patrick rauszunehmen und mit ihm zu kuscheln.

Nach ca. 15 Minuten kommt eine Schwester zu Patricks Bett und stellt sich bei Jessica vor. Sie sagt, sie sei heute für ihren Kleinen verantwortlich. Dann erzählt sie der Mutter, dass er in der Nacht weniger Sauerstoff gebraucht habe. Die Mutter will genau wissen wie viel Sauerstoff er gebraucht und wie viele Stunden er das durchgehalten habe. Da geht sie zum Monitor und sieht genau nach. Zwischen 21 und 5 Uhr. Das macht die Mutter sehr zufrieden. Dann erklärt die Schwester noch, dass er in der Nacht das ganze Fläschchen getrunken habe und in der Früh nur das halbe. Die Mutter nimmt das interessiert zur Kenntnis. (1. Beo, Z. 49-56, 1kW) (...) Jessica sagt, kuscheln werde sie erst am Nachmittag. Sie werde ihn vielleicht nur raus nehmen, wenn er wach wird. Die Schwester ist einverstanden, sagt ihr aber noch, sie solle den Liegestuhl nehmen, wenn sie Patrick raus nimmt. Ich bin etwas überrascht, weil der Mutter hier jede Kompetenz abgesprochen wird. (1. Beo, Z. 62-65, 1kW)

Die Schwester hat zwar die Verantwortung für Patrick, trotzdem erklärt sie der Mutter ganz genau, wie Patrick die Nacht verbracht hat, wie viel er getrunken hat und wie viel Sauerstoff er benötigte. Die Mutter ist sehr interessiert daran und fragt auch nach, wenn ihr Informationen fehlen. Es wirkt so, als hätte Patrick zwei Mütter. Die leibliche und die Schwester. Als Jessica meint, sie werde erst am Nachmittag mit Patrick kuscheln und die Schwester ihr sagt, dazu müsse sie den Liegestuhl nehmen, herrscht eine sonderbare Stimmung. Nach knapp vier Monaten weiß Jessica genau, wie sie mit Patrick kuscheln soll. Es wäre nicht nötig, es noch extra zu erwähnen. Die Schwester demonstriert unbewusst ihre Macht über Jessica. Diese muss sich der Schwester unterordnen, weil sie Patrick gegenüber keine Entscheidungsfreiheit hat.

In der folgenden Szene liegt Patrick schon bereit für eine Ausfahrt im Kinderwagen, als sich ein Pfleger zur Mutter stellt und sie fragt, wann sie nach Hause dürfen.

Ein Pfleger stellt sich neben Patrick und fragt, wann er jetzt nach Hause dürfe. Die Mutter sagt: „Am Dienstag. Ja, jetzt hat er glaub ich schon meine Unruhe gespürt, dass ich endlich nach Hause will.“ Der Pfleger antwortet: „Oder Ihre innere Ruhe, weil Sie nach Hause dürfen. Formulieren wir es

positiv.“ Ich finde diese Aussage sehr schön, die Mutter gibt ihm ebenfalls recht. Der Pfleger zeigt Patrick Daumen hoch und wünscht viel Spaß bei der Ausfahrt. (6. Beo, Z. 135-140, 3kW)

Die Mutter meint zu dem Pfleger, dass Patrick wohl schon ihre innere Unruhe gespürt haben muss, weil er die letzten Wochen gute Fortschritte gemacht hat. Der Pfleger ist bemüht, die positive Seite zu betonen und formuliert ihre Aussage um. Die Tatsache, dass auch das Pflegepersonal mit den Eltern derart mitfiebert, zeigt, wie emotional involviert alle Beteiligten in das Geschehen sind. Der Pfleger wendet sich zusätzlich auch noch an Patrick und zeigt ihm Daumen hoch. Eine sehr nette und aufbauende Geste für die Mutter. Sie spürt wie sehr sie von dem beteiligten Pflegepersonal unterstützt wird und erhält dadurch große Motivation und Kraft.

In der unten beschriebenen Szene bekommt Patrick gerade einen Kopfultraschall, als die Mutter etwas gestresst ankommt. Sie habe noch einige Besorgungen machen müssen, bevor Patrick nach Hause komme. Die Ärztin, die den Ultraschall durchführt, fragt Jessica, ob sie schon eine mobile Kinderkrankenschwester gefunden hätte. Jessica verneint dies und antwortet etwas trotzig, dass sie nicht betteln werde, wenn sich keine fände. Die Ärztin bietet der Mutter an, von Seiten des AKHs Druck zu machen.

Die Mutter erzählt mir, dass sie etwas später gekommen ist, weil sie noch beim Steuerberater war und in der Apotheke das Essen für Patrick abgeholt hat. Das seien alles Gänge, die dann nicht mehr so einfach wären, wenn Patrick zu Hause sei. Die Ärztin fragt Jessica, ob sie schon eine mobile Kinderkrankenschwester zugeteilt bekommen hätte. Die Mutter sagt, sie habe schon gefragt und die zuständige Stelle habe sie auf ihr zweimaliges Anrufen jedesmal getröstet. Und mit gewissem Sarkasmus fährt Jessica fort: „Aber wenn ich keine bekomme, dann kann ich es auch nicht ändern. Jetzt bin ich in alle Geräte eingewiesen worden und ich werde sicher nicht um eine MOKI betteln, wenn sie mir keine zuteilen wollen.“ Die Ärztin sagt: „Naja, aber es wäre für Sie schon eine große Hilfe und Unterstützung. Aber gut, dass Sie das sagen, weil dann können wir vielleicht noch einmal Druck machen, damit Sie eine bekommen.“ (9. Beo, Z. 66-77, 4kW)

Jessica unterschätzt die Aufgabe, mit Patrick zu Hause sichtlich. Sie sieht zwar den Nutzen einer mobilen Kinderkrankenschwester, meint aber, sie könne den Alltag auch ohne Hilfe bewältigen, falls sich keine fände. Wieder verdrängt die Mutter die Realität und will sich nicht damit auseinandersetzen, wie schwer und anstrengend der Alltag mit einem Frühgeborenen Kind anfangs ist. Zu der Eingewöhnungsphase des Babys in die neue Umgebung kommt noch die Angst der Eltern, es könne etwas Unerwartetes mit Patrick passieren und er könnte sterben. Die Ärztin versucht zu verdeutlichen, wie hilfreich eine MOKI wäre und bietet gleichzeitig an, noch einmal Druck zu machen.

4.2.8 Resümee der Beobachtungen von Patrick

Patrick hat sich im Laufe des Beobachtungszeitraumes enorm entwickelt. Anfangs lag er noch klein und zerbrechlich und von der Sauerstoffbrille abhängig in seinem Bett am AKH. Nachdem er sich gut entwickelte, erlitt er kurz vor dem Entlassungstermin einen erneuten Rückschlag und musste noch zwei Wochen länger am AKH bleiben. Zu Hause fiel ihm die Eingewöhnung sehr schwer und er weinte die ersten beiden Wochen sehr viel. Dies zerrte noch zusätzlich an den Nerven der schon extrem ausgebrannten Mutter. Als Patrick sich schließlich eingewöhnt hatte, nahm er auch kräftig zu.

Die Mutter war während der Beobachtungen am AKH schon sehr am Limit ihrer Kräfte. Sie war über Monate nicht mehr in ihr eigenes Heim gekommen, damit sie täglich bei ihrem Sohn sein konnte. Sie äußerte oft, wie genervt und ausgebrannt sie schon sei. Trotzdem versuchte sie stets geduldig und liebevoll im Umgang mit Patrick zu sein, was ihr in Anbetracht der Umstände auch sehr gut gelang. Anfangs war es wichtig, dass Patrick aß und zunahm. Es war kaum Platz für etwas anderes. Auch zu Hause war das zentrale Thema die Nahrungsaufnahme. Patricks Bedürfnisse wurden teilweise übergangen oder nicht verstanden, weil er zuerst essen musste, bevor er spielen durfte. Nachdem Patrick aber gut wuchs, wurde die Angst der Mutter, ihr Baby könnte nicht genug von ihr erhalten, geringer und liebevolle Mutter-Kind-Interaktionen entstanden, die auf eine gesunde und innige Mutter-Kind-Beziehung schließen lassen.

Insgesamt hat sich Patrick sehr gut entwickelt und liegt laut Aussagen der Physiotherapeutin in seiner Entwicklung sogar etwas vor dem korrigierten Geburtstermin. Zum Ende des Beobachtungszeitraumes schaffte Patrick sogar bereits, sich von der Rücken- in die Bauchlage zu drehen und schließlich startete er erste Versuche, sich vorwärts zu bewegen. Er wächst in einer liebevollen Familie auf, die stolz auf ihn ist und die die dramatischen Augenblicke der Frühgeburt sowie die mühsamen Monate danach vorbildlich meistern konnte.

4.2.9 Beispiel einer Beobachtung von Patrick

6. Beobachtung Patrick, Alter 3 M+3 W (korrigiert 3 W), Datum: 30.4.2010

Ich komme gegen 12 Uhr ins AKH. Ich wasche und desinfiziere meine Hände und trete dann an Patricks Bettchen. Die Mutter sitzt mit ihm auf dem Arm neben dem Bett auf einem Sessel und gibt ihm sein Fläschchen. Ich begrüße sie leise, damit ich Patrick nicht aus der Fassung bringe und er weiter trinkt. Patrick liegt auf dem linken Arm seiner Mutter und saugt ruhig. Er hat die Augen geöffnet und wirkt entspannt. Die Mutter sieht ihn an und spricht manchmal leise mit ihm. Patrick hält mit seiner linken Hand den linken Zeigefinger seiner Mutter fest, während er saugt. Die Mutter betrachtet ihn und sagt leise: „Tust du spielen, hm? Die Mama sieht das, dass du spielst und nicht trinkst. Du sollst aber schon noch etwas essen.“ Sie stupst etwas den Sauger im Mund hin und her, um ihn zum Trinken zu animieren. Sie fragt ihn, ob er einmal aufstoßen möchte und nimmt ihn dann hoch über ihre rechte Schulter. Zuvor legt sie noch die Stoffwindel unter Patrick auf ihre Schulter. Er streckt sich gleich ganz fest durch und bekommt dabei einen roten Kopf. „Ahhhh strecken“, sagt die Mutter. Sie hält ihren Sohn mit der rechten Hand unter dem Hintern und mit der linken streicht sie ihm ganz sanft über den Rücken. Patrick sieht über ihre Schulter und blickt herum. Er stoßt nicht hörbar auf. Die Mutter legt ihn wieder auf ihren linken Arm und probiert, ob er noch etwas trinkt. Da macht er laut in die Hose. Die Mutter lacht und sagt: „Ja, mach einmal.“ Sie probiert wieder Patrick zu trinken zu geben. Dieser will aber nicht und behält den Sauger im Mund, ohne etwas zu tun. Die Mutter fragt ihn, ob er zuerst eine frische Windel möchte. Sie sieht ihn einige Minuten an und stupst ihn mit ihrem Zeigefinger auf die Wange. Liebevoll betrachtet Jessica ihren Sohn und sagt dann ein paar Mal entzückt: „Du bist ein Lauser. Du bist so ein Lauser.“ Sie hebt Patrick an ihre Schulter, um ihn aufstoßen zu lassen, es tut sich aber nichts. Da steht die Mutter auf, um Patrick zu wickeln. Plötzlich rülpst er laut. Die Mutter trägt mit Patrick am Arm das Fläschchen zur Schwesternstation, um es warm zu stellen. Sie nimmt den Nachttisch und fährt damit zur Wickelaufgabe. Sie holt danach den Mistkübel und rollt ihn auch zur Wickelaufgabe. Patrick liegt über ihrer Schulter und schaut ruhig umher. Seine Augen bewegen sich langsam im Raum herum. Dann legt Jessica ihren Sohn auf die Wickelaufgabe und beugt sich über ihn. Sie nimmt beide Hände und drückt sie sanft. Patrick streckt sich durch und sieht seiner Mutter ins Gesicht. Patrick krächzt hörbar beim Atmen. Die Mutter öffnet Patricks Strampler. Patrick blickt nach rechts. Ich schaue, was er da sieht. Es hängt ein Winnie Pooh Mobile an der Decke. Allerdings würde links von ihm auch ein Mobile hängen, das er nicht beachtet. Seine Hände bewegen sich langsam. Er öffnet die Finger, schließt sie wieder, nimmt die Arme hoch und senkt sie dann wieder. Als die Mutter den Body öffnet, stülpt sie ihn über Patricks Bauch und beugt sich noch einmal über ihn. „Ah, das stinkt. Da müssen wir putzen.“ Sie betrachtet ihren Sohn und fährt mit dem Zeigefinger entlang Patricks Body. Patrick sieht zu seiner Mutter. Es scheint, als bekomme man nur seine Aufmerksamkeit, wenn man sich direkt über ihn beugt und ihn anspricht. Sonst schweift sein Blick nach rechts. Die Mutter öffnet die Windel und Patrick streckt seine Beine durch. Er tritt Jessica förmlich in den Bauch. Jessica lässt die linke Hand auf Patricks Beinen liegen und holt mit der rechten Hand Tücher und eine frische Windel aus dem Fach unter ihr. Patrick macht Saugbewegungen mit dem Mund. Die Mutter fragt ihn, ob er schon wieder Hunger habe. Das Baby strampelt und bewegt sich stetig, aber nicht euphorisch. Jessica zieht sich Gummihandschuhe an und beginnt Patrick mit den feuchten Tüchern zu reinigen. Patricks Blick schweift wieder nach rechts. Seine Beine stemmt er in den Bauch seiner Mutter und bewegt leicht seine Hände. Patrick raunzt leicht vor sich hin. Die Mutter sagt, es gibt gleich wieder Essen. Sie klebt die frische Windel zu. Patrick streckt sich noch einmal fest durch. Jessica zieht die Gummihandschuhe aus. Sie holt die Narbensalbe aus dem Nachttisch und beginnt sorgfältig Patricks Narbe am Bein einzucremen. Patrick blickt dabei wieder nach rechts. Nur wenn sich die Mutter über Patrick beugt, blickt er sie an. Sonst schweift sein Blick wieder ab. Dann zieht sie Patrick an und streift den Body über seinen Rumpf. Sie schließt langsam und ruhig die Druckknöpfe am Body. Danach nimmt sie den Strampler. Sie klebt die Sonde auf Patricks Bein, allerdings wechselt sie die Seite, weil am

anderen Fuß noch der Abdruck von zuvor zu sehen ist. Dann gibt sie Patricks Beine durch die Beine des Strampfers. Er beugt und streckt die Beinchen etwas, so als wolle er sich dagegen wehren. Er beginnt leise zu quieken. „Ja, gleich gibt es wieder Essen.“ Die Mutter knöpft noch den Strampler zu. Dazu muss sie allerdings umständlich den ganzen Kabelsalat entwirren und an der Seite des Strampfers hinaus fädeln. Als Patrick fertig angezogen ist, hebt sie ihn hoch und fährt mit dem Nachttisch zu seinem Bettchen. Sie geht zur Schwesternstation und holt das Fläschchen zurück. Ich setze mich inzwischen auf einen Sessel neben Patricks Bett. Patrick quengelt dabei schon deutlich. Die Mutter setzt sich mit ihm wieder auf den Sessel und möchte ihm noch ordentlich die Stoffwindel überlegen. Patrick fädelt aber mit seiner linken Hand immer ein und reißt sie weg. „Gib die Hand da noch raus, Schatzi“, sagt die Mutter. Sie hält die linke Hand ihres Sohnes und legt ihm die Windel um den Hals. Er ist schon sehr ungeduldig. Die Mutter imitiert seine Unruhe und sagt ganz aufgeregt: „Ja, gleich...“ Gleichzeitig steckt sie ihm den Sauger in den Mund und Patrick, dessen Körper schon bebt vor Aufregung, schnappt gleich danach und saugt energisch an der Flasche. Die Mutter betrachtet ihn und lächelt. Nach einigen Minuten fragt sie mich, ob ich auch Kinder möchte. Ich sage ja. Sie fragt mich, wann. Ich sage, jetzt möchte ich auf jeden Fall fertig studieren und dann sehen wir weiter. Sie erzählt mir, dass sie eigentlich mit dem Kinderkriegen warten wollte, bis das Haus fertig sei, aber das ziehe sich jetzt schon über vier Jahre, sodass sie nicht mehr warten wollte. Sie erzählt mir, dass ihr Lebensgefährte immer wieder etwas anderes wolle und ständig schon fertige Sachen wieder umbau. Ich muss schmunzeln. „Aber jetzt, seit der Kleine da ist, hat er richtig Stress bekommen und Druck gemacht, dass alles fertig wird.“ Jessica sieht Patrick an und fragt ihn, ob er einmal aufstoßen wolle. Patrick hat während der Unterhaltung ruhig gesaugt und wirkt unbeeindruckt oder unbeteiligt. Die Mutter nimmt die Windel und legt sie über ihre Schulter. Dann legt sie Patrick an die Schulter, um ihn aufstoßen zu lassen. Er blickt verdutzt und etwas verschlafen über ihre Schulter. Im Nebenbettchen beginnt sich ein Baby zu rühren und macht Klingelgeräusche mit dem Mobile über ihm. Patrick horcht auf das Geräusch. Dann legt ihn die Mutter wieder in ihren Arm und lässt ihn weiter trinken. Patrick bekommt Schluckauf. Die Mutter sagt: „Jetzt hast du wieder deinen Schluckauf. Schnell etwas trinken, dann wird's besser. Schnell trinken.“ Patrick wird noch etwas durchgebeutelt von seinem Schluckauf, dieser hört aber bald auf. Eine Schwester kommt zu Jessica und fragt nach ihren Versicherungsdaten, wegen der Bestellung des Heimsauerstoffs. Sie erklärt der Mutter, dass sie zu Hause eine Einschulung bekomme und er schon da sein müsse, wenn Patrick nach Hause darf. Das Baby nebenan soll eine Untersuchung bekommen und es stehen einige Schwestern beim Bett und reden mit der Mutter. Jessica legt Patrick zum Aufstoßen wieder an ihre Schulter, nachdem er sein Fläschchen ausgetrunken hat. Patrick sieht über ihre Schulter und wirkt interessiert an den Menschen, die um das Baby herum stehen. „Redest du da schon mit?“, fragt ihn die Mutter. Sie streichelt sanft Patricks Rücken. Die Mutter fragt ihn, ob er jetzt etwas raus gehen wolle und dann mich, ob ich mitgehen würde. Dabei bietet sie mir das Du-Wort an, das ich gerne annehme. Ich sage, dass ich gerne mit raus gehe. Da steht sie auf und bringt einer Schwester das leere Fläschchen und erklärt noch, dass Patrick alles ausgetrunken habe. Sie geht mit Patrick am Arm zu dem Kinderwagen, der hinter Patricks Bett steht und will ihn hinein legen. Plötzlich bemerkt sie, dass er noch keine Jacke anhat und sagt: „Ach anziehen müssen wir noch.“ Sie geht mit Patrick am Arm wieder zurück zum Bett und legt ihn hinein. Patrick dreht den Kopf gleich nach rechts. Da hängen allerdings auch seine Spieluhr und ein Holzkasperl. Während die Mutter nach Kleidung sucht, ist Patrick etwas unruhig und sucht mit dem Mund. „Ja, gleich gehen wir raus. Das wird dir wieder gefallen. Da schaust du immer ganz groß.“ Sie holt aus dem Nachttisch eine blaue Jacke und zieht sie Patrick langsam an. Danach sucht sie zwei entzückende selbst gestrickte Wollsöckchen und zieht sie Patrick an. Dieser blickt nach rechts oben und hat seine Hände in der Mundgegend. Die Beine liegen ruhig. Danach noch die Haube. Patrick beschwert sich etwas, als die Mutter seinen Kopf anhebt und ihm die grüne Haube überzieht. „Ja, eine Haube brauchen wir, Schatzi“, sagt die Mutter. Patrick blickt sie mit großen Augen an. Auch deswegen, weil sie genau über ihn gebeugt ist und direkt mit ihm spricht. Als er fertig angezogen ist, geht die Mutter mit Patrick wieder zum Kinderwagen und legt ihn hinein. Drinnen liegen schon zwei Stoffwindeln zusammengerollt an den Seiten. Patrick wirkt, obwohl er ein Winzling ist, zu groß für den Wagen. Es sieht sehr unbequem aus. Die Mutter

nimmt die Gurte und schnallt ihn fest. Dabei merkt man richtig, wie Patrick die Schultern nach unten gedrückt werden, als wären die Gurte zu eng. Er beginnt zu raunzen. Die Mutter meint, dass der Gurt so schwer zugehe und ob er die Windeln da seitlich nicht wolle. Sie nimmt sie weg. Patrick hört auf zu quengeln. „Oder doch ein bisschen?“ Die Mutter gibt die Windel wieder an die Seiten und Patrick beschwert sich wieder. Da nimmt sie sie weg und holt den Schnuller. Patrick nimmt ihn gleich und beginnt langsam zu saugen. Es ist kein so energisches Saugen, wie ich es schon öfter gesehen habe. Die Mutter geht zum Bett und holt ein Hörnchen. Sie legt es rund um Patricks Oberkörper. Dann holt sie noch eine Decke und legt sie unten in den Korb des Wagens. Ein Pfleger stellt sich neben Patrick und fragt, wann er jetzt nach Hause dürfe. Die Mutter sagt: „Am Dienstag. Ja, jetzt hat er glaub ich schon meine Unruhe gespürt, dass ich endlich nach Hause will.“ Der Pfleger antwortet: „Oder ihre innere Ruhe, weil Sie nach Hause dürfen. Formulieren wir es positiv.“ Ich finde diese Aussage sehr schön, die Mutter gibt ihm auch recht. Der Pfleger zeigt Patrick Daumen hoch und wünscht viel Spaß bei der Ausfahrt. Patrick verliert seinen Schnuller und sucht mit der Zunge danach. Er bekommt ihn nicht mehr zu fassen, wird aber nicht gleich ungehalten. Da sieht die Mutter sein Suchen und gibt ihm den Schnuller zurück. Die Mutter holt noch eine Schwester wegen des Monitors. Diese bringt einen und fragt die Mutter, ob sie den schon kenne. Jessica bejaht. Sie stecken ihn an und aktivieren ihn. Da verliert Patrick wieder seinen Schnuller und sucht danach. Weil die Frauen reden, bemerken sie es nicht und Patrick macht auf sich aufmerksam, indem er quengelt. Die Mutter fragt: „Hast du den Schnuller schon wieder verloren“, und gibt ihn Patrick zurück. Sie legt um Patricks Beine eine Stoffwindel und über seinen Kopf ein Sonnendach aus einer Stoffwindel. Dann machen wir uns auf den Weg. Ich öffne die Türen und die Mutter bedankt sich. Als wir raus fahren, kann Patrick erst einmal gar nicht die Augen öffnen, weil ihm die Helligkeit in den Augen weh tut. Er kneift die Augen zusammen. Doch er ist ganz ruhig. Die Mutter fährt ganz langsam über das Kopfsteinpflaster, weil der Kinderwagen schon ein etwas älteres Modell und nicht gut gefedert ist. Patrick blinzelt etwas. Er kann nicht viel sehen, weil er die Stoffwindel ganz tief über die Augen hat, damit ihn die Sonne nicht blendet. Bald schläft Patrick ein und die Mutter beginnt mich über meine Schwester zu fragen. Ob alles gut gegangen sei und wie früh sie gekommen sei, wie es ihr jetzt gehe. Ich antworte ihr und lasse langsam anklingen, dass die Stunde um sei. Ich verabschiede mich schließlich, indem ich ein schönes Wochenende wünsche.

4.3 Falldarstellung von Anna und ihrer Familie

Die Mutter von Anna, Sabine, ist Volksschullehrerin und Mitte 30. Sie ist eine kleine, schlanke, aber sehr willensstarke und selbstbewusste Frau. Sie lebt mit ihrem Lebensgefährten Reinhard, mit dem sie seit über 10 Jahren liiert ist, in einem Haus am Stadtrand von Wien. Anna ist das erste Baby der Familie und ein Wunschkind, das vom Wunsch bis zur Geburt nicht lange auf sich warten ließ. Anna wurde am 23. Jänner 2009 am AKH neun Wochen zu früh, in der 31. Schwangerschaftswoche geboren. Es wurde eine Lungenreifung durchgeführt, da Neugeborene in der 31. Woche noch zu schlecht ausgebildete Lungen besitzen, um selbständig atmen zu können. Eine natürliche Geburt musste aufgrund der schlechten kindlichen Herztöne ausgeschlossen werden.

Anna wurde bereits dreimal, noch während ihres Krankenhausaufenthalts, operiert. Die Eltern besuchten täglich ihre Tochter, um mit ihr zu kuscheln, sie zu füttern oder Pflegetätigkeiten zu übernehmen. Mitte Mai 2009 durfte Sabine ihre Tochter mit nach Hause nehmen.

Anna erhielt bereits während ihres Aufenthalts am AKH Physiotherapie von Elke, der Physiotherapeutin. Ich durfte von Oktober 2009 bis Februar 2010 bei zahlreichen Therapiestunden beobachten. In dieser Zeit ließen sich deutliche Fortschritte bei Anna erkennen, die an späterer Stelle, in den jeweiligen Kategorien der Auswertung, genauer dargestellt werden.

Die Beobachtungen fanden zu einem Teil am AKH, während der Physiotherapie und zu einem Teil zu Hause statt.

Beobachtungen am AKH: Nummern 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 15

Beobachtungen zu Hause: Nummern 4, 7, 8, 11, 13, 14

Anna fällt zu Beginn der Beobachtungen im korrigierten Alter¹² von sechs Monaten und drei Wochen noch Vieles schwer. Sie hat kaum Möglichkeiten sich fortzubewegen. Ihr bleiben fast nur die Hände sowie die Mimik und Gestik, um etwas

¹² Bei frühgeborenen Babys wird nicht der tatsächliche Geburtstermin zur Berechnung des Alters und Entwicklungsstandes verwendet, sondern immer der fiktive. Die fehlenden Wochen zum Geburtstermin werden folglich vom tatsächlichen Alter abgezogen. Bei Anna werden folglich neun Wochen abgezogen.

auszudrücken oder zu bekommen. Nicht einmal die Stimme hat sie zur vollen Verfügung, weil laut Mutter durch das Intubieren die Stimmbänder in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Dadurch krächzt Anna oft nur stimmlos, kaum merkbar für einen Außenstehenden. Obwohl sie korrigiert zu Beginn der Beobachtungen schon fast sieben Monate alt ist, hat sie doch noch erhebliche Entwicklungsrückstände im Vergleich zu gleichaltrigen Babys. Anna bewegt ihre Beine noch fast nicht, sie sind noch nicht in ihrem Körperbewusstsein. Sie kann sie anfangs noch nicht selbst anheben, was als Folge der Bauchoperationen resultieren dürfte und bekommt dadurch keine Idee wie sie ihre Beine bewegen kann. Folglich werden die Zehen beim Wickeln beispielsweise auch nicht in den Mund gesteckt, wie es bei Babys üblicherweise der Fall ist.

Anna ist zum Zeitpunkt der Beendigung meiner Beobachtungen im Februar 2010 korrigiert zehn Monate und zwei Wochen alt. Sie ist ein aufgewecktes, sensibles Kind, das langsam beginnt die Stimme zu erheben. Sie zeigt deutlich, dass es ihr missfällt, wenn ihre Mutter den Raum verlässt und nur fremde Personen wie die Therapeutin oder ich anwesend sind. Sie lässt sich dann aber schnell wieder in den Armen der Mutter beruhigen. Zu diesem Zeitpunkt kann sie schon selbständig sitzen, wenn sie aufgesetzt wird und sich vom Rücken auf den Bauch und wieder zurück drehen.

4.3.1 Die Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern

Eine Familie, der eine Frühgeburt widerfährt, wird gänzlich aus dem geplanten Schwangerschaftsverlauf gerissen und gerät in einen Schockzustand. Was die zu frühe Geburt für Sabine und Reinhard bedeutet hat, zeigt sich in der folgenden Kategorie sehr deutlich. Während meiner Beobachtungen erhielt ich ein sehr unterschiedliches Bild der Bewältigungsstrategien der beiden Elternteile. Die Mutter scheint jede erdenkliche Förderung für ihre Tochter und sich selbst zu wollen und auch in Anspruch zu nehmen. Der Vater, den ich während dieser Zeit nicht kennen gelernt habe und nur aus Erzählungen kenne, scheint von den Förderungen teilweise nicht viel zu halten und möchte die Mutter auch etwas davon abbringen, indem er ihr wiederholt erklärt, das brauchen sie alles nicht mehr. Es ginge auch so.

Die Physiotherapeutin Elke stellt den Kontakt zwischen der Mutter und mir her. Ich finde mich Mitte Oktober 2009 am AKH Wien ein und treffe die Mutter zum ersten Mal. Wir besprechen die Rahmenbedingungen der Beobachtungen und ich frage, wie es Anna geht und ob alles gut gegangen ist:

Sabine erklärt mir, Anna wurde in der 31. Woche geboren. Ich frage, ob alles gut gegangen sei. Mit einem gequälten Gesichtsausdruck erklärt mir Sabine, dass Anna schon zweimal operiert werden musste, jetzt Antibiotika nehmen muss und noch eine Doppelniere besitzt, die wohl auch noch einmal operiert werden muss. Aber mit aufmunterndem Ton fügt sie hinzu: „Aber sonst sind wir topfit!“ (1. Beo, Z. 15-20, 6kM+3W¹³)

Die Mutter spricht vorerst ganz nüchtern über den Gesundheitszustand ihrer Tochter. Sie hält es nicht aus, mir gegenüber einzugestehen, wie stark Anna in ihrer motorischen Entwicklung noch beeinträchtigt ist. Sie überspielt die Aussagen über die Operationen mit den Worten: „Aber sonst sind wir topfit!“ Es wirkt wie ein schmerzliches Wunschdenken, dass diese vielen Beeinträchtigungen gar nicht so schwerwiegend sein sollen.

Den ersten Anblick ihrer Tochter beschreibt die Mutter mir im abschließenden Interview wie folgt:

„... und ich konnte mein Kind das erste Mal richtig ansehen. Ich war entsetzt, dass so ein kleines Wesen mit so durchscheinender Haut, Venenzugängen und riesigem Schlauch im Mund mein Kind war. Sie war so klein, zart und arm und schon zerstoichen von einer Nadel im Handrücken und von furchtbar vielen Schläuchen umringt...“ weint (Interview Z. 136-139)

Das erste Mal zu kuscheln mit seinem eigenen Kind, das bis dahin nur in einem Inkubator lag, ist für alle Eltern ein ganz besonderer Moment. Sabine beschreibt ihn mir im Interview sehr emotional:

„Ich sah andere Muttis, die mit ihren Kindern kuscheln durften, das wollte ich natürlich auch machen. Es war einer der wunderschönsten und emotionalsten Momente in meinem Leben, als ich Anna das erste Mal auf meiner Brust spürte. Ihren kleinen Kopf streicheln und ihren, trotz, der ganzen Schläuche, perfekten Körper halten durfte. Wieder einmal kämpfte ich mit den Tränen und verlor.“ weint wieder (Interview Z. 141-145)

Diese beiden Ausschnitte aus dem Interview, bei dem Sabine teilweise aus Briefen vorliest, die sie auf Anraten ihrer Psychotherapeutin an Anna geschrieben hat, verdeutlichen, welche Grenzerfahrungen Eltern von frühgeborenen Kindern machen. Obwohl Anna noch so klein ist und noch gar nicht aussieht wie ein richtiges Baby, zerstoichen ist von Nadeln und Schläuche in ihren kleinen Körper führen, ist Anna in den Augen der Mutter perfekt. Die Mutter hatte auf der Intensivstation nicht die

¹³ Es wird hier das korrigierte Lebensalter angegeben, da es für die Einschätzung der Entwicklung aussagekräftiger ist. 6kM+3W → 6. korrigierter Lebensmonat + 3 Wochen

Möglichkeit Kontakt zu Anna herzustellen, sowie es Müttern gesunder Säuglinge möglich ist. Sie hat unbewusst Angst, dass die Bindung zwischen ihr und Anna Schaden nehmen könnte. Die Mutter erzählt, Annas Körper war in ihren Augen perfekt. Sie verschließt eventuell schon während Anna noch im Inkubator liegt ihre Augen vor bereits vorhandenen Defiziten.

Hier gibt mir die Mutter Auskunft über die Bedeutung von Annas Doppelnieren:

*„Annas Doppelnieren muss regelmäßig, einmal im Jahr beobachtet werden. Allerdings nicht am AKH sondern in einer Klinik, die auf Ultraschall und Cts von Kleinkindern spezialisiert ist. Die Ärzte untersuchen dort genau die Doppelnieren und beobachten den Reflux, den Rückfluss. Falls Anna einen Rückfluss aus ihrer Niere hat, muss sie wieder in das AKH. Allerdings bin ich zuversichtlich, dass Anna, wenn sie jetzt keinen Rückfluss hat, auch später keinen mehr haben wird. Sie muss ihr Leben lang aufpassen, dass sie keine nassen Kleidungsstücke anbehält nach dem Baden oder sich auf kalten Untergrund setzt. Das könnte zu einer Harnwegsinfektion führen. Allerdings bin ich mir sicher, dass viele Leute gar nicht wissen, dass sie eine Doppelnieren haben und auch gut damit leben.“
(Interview, Z. 53-62)*

Die Mutter spricht wieder sehr nüchtern und routiniert über die Doppelnieren ihrer Tochter. Der Umstand, dass Anna ihr Leben lang aufpassen muss, dass sie keine nassen Sachen anbehält, oder sich auf etwas Kaltes setzt, wird als einfach und locker empfunden. Die Mutter ist sich noch nicht bewusst oder will sich noch nicht eingestehen, dass es eine große Aufgabe bedeutet, beispielsweise stets auf trockene Kleidung zu achten, wenn Anna einmal gehen können wird. Die Doppelnieren ist für die Mutter im Moment noch nicht so präsent und daher noch nicht so stark Thema. Die Nüchternheit bedeutet auch eine Art Selbstschutz, weil Sabine jetzt noch nicht darüber nachdenken möchte, welche Probleme noch auf sie und Anna zukommen könnten und werden.

In diesem Interviewausschnitt erklärt mir die Mutter, dass sie sich mehr auf ihre eigene Mutter und weniger auf ihren Lebensgefährten gestützt hat, weil sie ihn nicht noch zusätzlich belasten wollte. Weiters erzählt sie über die Bedeutung dieser schwierigen Zeit auch für die Paarbeziehung:

„Der Reinhard hat ja das gleiche durchgemacht wie ich. Und ich wollte ihn gar nicht noch mehr belasten, weil der Fels kann ja auch wackelig sein. Ich hab mich sehr geärgert, weil immer alle gefragt haben wie geht's dir und niemand hat einmal gefragt: „Wie geht's dem Reinhard.“ (Interview, Z. 351-354) „Unsere Beziehung hat total gewackelt. Wir haben auch lange, wie Bruder und Schwester gelebt. Also ohne Zärtlichkeiten, nicht einmal geküsst haben wir uns. Es war ganz schlimm. Es war aber einfach kein Platz dafür, weil wir haben alles Gefühl, das da war, versucht, der Anna zu schenken. Wir hatten das Gefühl Anna bekommt vielleicht zu wenig, wenn wir uns mit uns beschäftigen. Aber jetzt hat uns die Frühgeburt von Anna mehr oder weniger zusammengeschweißt und wir haben mehr oder weniger die perfekte Beziehung.“ (Interview Z. 360-366)

Die Mutter beschreibt sehr emotional und deutlich, dass in der Zeit, in der ihr Baby ums Überleben kämpfte, beide Elternteile eigene Bewältigungsstrategien entwickelten, und sich nicht gegenseitig stützen konnten. Umso erfreulicher ist die Tatsache, dass die kleine Familie durch dieses schockierende Ereignis und die darauf folgenden Monate noch enger zusammen geschweißt wurde.

4.3.2 Die motorische Entwicklung

4.3.2.1 Durch die Arbeit mit der Therapeutin

Anna kennt die Therapiestunden am AKH schon. Sie wirkt vertraut, wenn die Therapeutin Elke, mit Anna arbeitet. Die Therapeutin erkennt die Fortschritte von Anna, selbst wenn sie klein erscheinen und fasst sie in Worte des Lobes. So hat auch die Mutter die Möglichkeit, die Fortschritte zu erkennen und sich damit abzufinden, dass ihre Tochter langsamer in ihrer Entwicklung ist als termingeborene Babys.

Das Hauptaugenmerk der Therapie wird im Beobachtungszeitraum darauf gelegt, dass Anna nicht immer mit derselben Hand greift, sondern auch die zweite Hand verwendet und damit in ihr Bewusstsein kommt. Weiters wird geübt, dass sich Anna vom Rücken auf den Bauch dreht, in Bauchlage in den Stütz geht und so langsam eine Idee vom Robben und schließlich vom Krabbeln bekommt. Anna kann am Ende meiner Beobachtungen schon sitzen, wenn sie aufgesetzt wird. Weiters dreht sie sich fleißig vom der Rückenlage in die Bauchlage und wieder zurück und bleibt auch einige Zeit im Stütz, bevor sie sich wieder in Rückenlage dreht. Dies entspricht laut Therapeutin dem Entwicklungsstand eines Babys zwischen fünf und sechs Monaten.

Zur Physiotherapie allgemein ist an dieser Stelle noch anzumerken, dass die pädagogische Philosophie dahin geht, ein Baby selbst entscheiden zu lassen, wann es seine Entwicklungsschritte setzt. Es soll nicht schon vorzeitig aufgesetzt oder zum Gehen animiert werden. Bei frühgeborenen Babys fällt dieses „Selbstwissen“ weg, da ein Frühgeborenes ohne Förderung kaum die Chance auf einen „normalen“ Entwicklungsverlauf hat.

Die Physiotherapie für Frühgeborene beginnt schon im Inkubator auf der Intensivstation und konzentriert sich auf das Entwickeln eines Körpergefühls. Die Frühchen werden massiert und festgehalten, um ihnen ihre Körpergrenzen zu

zeigen. Mit Fortschreiten des Alters wird individuell auf Entwicklungsrückstände eingegangen. Hauptsächlich werden die Muskeln gestärkt und Bewegungsabläufe vorgezeigt, die schließlich automatisch in die Bewegungen einfließen sollen.

Zu Beginn einer Therapiestunde wird Anna immer von ihrer Mutter bis auf den Body ausgezogen und der Therapeutin übergeben, die sich dann mit Anna auf eine am Boden liegende Matte setzt. Die Mutter sitzt auf einer kleinen Bank daneben oder setzt sich auf die Matte dazu, wenn Anna etwas unruhig und quengelig ist.

Dann legt die Therapeutin Anna vorsichtig und ganz langsam vor sich auf den Rücken. Anna liegt krumm da. Elke meint, so wie wir immer beginnen. „Zuerst legen wir uns gerade hin“, und streicht Anna dabei mit der flachen Hand quer über den Bauch sodass die Bauchmuskeln aktiviert werden. Anna legt sich sofort gerader hin. In der Hand hält sie ein Zebra, das sie in den Mund steckt. (3. Beo, Z. 62-66, 7kM+2W)

Elke weiß, wie sie gewisse Muskelpartien auch ohne Annas Mithilfe aktivieren kann. Grundvoraussetzung für die weiteren Übungen ist eine gerade und zentrierte Körperhaltung. Die Mutter erklärt sogar, dass Anna nach den Therapiestunden den ganzen Tag zu Hause gerader liege als an anderen Tagen.

Die Therapeutin trainiert in der folgenden Szene Annas Muskulatur in Bauchlage. Zur Animation des Babys setzt sie ein Stehaufmännchen in Form eines Schneemannes ein, mit dem Anna zuvor schon gerne gespielt hat.

Nun dreht Elke Anna auf den Bauch und hält ihren Hintern am Boden, um sie zu animieren, ihren Kopf selbst zu halten. Stets von aufmunternden und bewundernden Worten begleitet, wie gut sie das schon kann. Anna sieht sich wieder im Spiegel und entdeckt den Schneemann. Sie will danach greifen, kann dabei aber fast das Gleichgewicht nicht halten und droht nach links umzukippen. Elke sagt: „Nicht umfallen! und hilft ihr sich wieder aufzurichten. Als diese Stellung zu anstrengend wird, fängt Anna an, laut zu krächzen und bekommt einen roten Kopf. Elke betont, wie anstrengend das sei und wie tüchtig sie das mache und lässt sie etwas ausruhen, indem sie Anna auf ihren Schoß hoch nimmt. (1. Beo, Z. 97-105, 6kM+3W)

Anna zeigt aktives Interesse an einem Spielzeug, hat aber noch nicht die motorischen Fähigkeiten und die Kraft, sich dieses Spielzeug zu beschaffen oder zu ihm zu gelangen. Die Therapeutin setzt Spielsachen, die Anna gut gefallen, gezielt ein, um sie zum Trainieren zu animieren. Ganz langsam werden durch physischen Kontakt mit Elke, durch die ermunternde Stimme der Therapeutin und durch die Animation durch ein Spielzeug die Muskeln und der Gleichgewichtssinn gestärkt. Anna wird also auf drei Ebenen gleichzeitig gefördert. Eine Übung wird so oft wiederholt, teilweise über Monate, bis Anna aus einer passiven Erfahrung, herbeigeführt durch die Therapeutin, selbst eine aktive Bewegung formt. Bei Anna äußert sich die Erschöpfung in einem stimmlosen Krächzen und einem vor Anstrengung roten Kopf. Trotzdem wird sie von der Therapeutin für jeden noch so

kleinen Fortschritt gelobt. Die Therapeutin erkennt, wann es genug ist und Anna Zeit zum Ausruhen braucht. Sie gibt dem Baby die Möglichkeit, sich in ihren Armen Gehten zu fühlen und auszuruhen.

In der folgenden Szene wird ein Plastiksackerl, das von der Verpackung eines Spielzeuges stammt, zum Spielen verwendet, da es Anna viel mehr interessiert als die zahlreichen Spielsachen, die ihr angeboten werden. Die Übung in Bauchlage ist für Anna noch sehr anstrengend.

Elke nimmt das Sackerl wieder von Annas Fuß und hält es über ihre Körpermitte. Anna greift danach und dreht sich mit Elkes Hilfe auf den Bauch. Nun kniet sich Elke über Anna, sodass beide in Bauchlage sind. Sabine fragt, ob es normal sei, dass sie in der Bauchlage die Hände zu Fäusten ballt. Elke sagt, ja, denn es sei sehr schwierig, die Handflächen auszustrecken; das komme erst später. Währenddessen hat Anna das Papier fest in der Hand, krächzt etwas und lutscht hingebungsvoll am Plastik. Elke lobt sie wieder, weil sie heute so unglaublich aktiv und brav war. (3. Beo, Z. 97-104, 7kM+2W)

Anna liebt es mit raschelnden Materialien zu spielen. Hier reicht ein kleines Sackerl der Verpackung eines Spielzeuges aus, um Anna für Stunden zu erheitern. Die Therapeutin stülpt es über Annas Fuß und raschelt damit. Anna zeigt Interesse und greift nach dem Sackerl. Sie versucht sogar sich damit zu drehen. Sie wirkt dabei schon etwas geschickter als die letzten Male und verwendet auch schon die Hände zum Abstützen, obwohl sie noch nicht flach ausgestreckt, sondern noch zu Fäusten geballt sind. Die Mutter erhält während der Therapie gleichzeitig die Möglichkeit, über die motorische Entwicklung ihrer Tochter Fragen zu stellen, deren Beantwortung auch ein Stück weit Beruhigung bringen. Wieder wird Anna für ihr tüchtiges Mitarbeiten von der Therapeutin gelobt. Das oftmalige und fortwährende Loben der Therapeutin ist eine weitere wichtige Form des Gehten werdens für Anna und schenkt ihr Kraft und Motivation für die weitere Therapie.

In der unten beschriebenen Szene wiederholt die Therapeutin die Beinstellung zum Drehen vom Rücken in die Bauchlage. Dabei wird ein Bein ungefähr in Kniehöhe über das ausgestreckte andere gestellt und der Hintern gleichzeitig etwas angehoben. So soll das Kind eine Idee davon bekommen, wie es sich selbst drehen kann. In dieser Einheit dreht sich Anna unerwartet und erntet dafür großes Lob von Mutter und Therapeutin.

Die Therapeutin nimmt Annas rechtes Bein und stellt es über das linke. Sie fixiert die Beine und legt den Ball auf die Matte. Anna will den Ball und ist plötzlich gedreht und liegt am Bauch. Sie stützt sich brav mit den Händen ab. Die Therapeutin ist begeistert und lobt sie ganz euphorisch. Anna kann sich einige Zeit halten und hebt sogar eine Hand an, stützt sich also nur noch mit einer Hand, um nach dem Spielzeug zu greifen. Das haben weder die Therapeutin noch die Mutter schon bei Anna gesehen. Sie strahlen beide und loben Anna. (6. Beo, Z. 65-71, 8kM+2W)

Wie die vielen Male davor stellt die Therapeutin ein Bein über das andere, die Voraussetzung dafür, sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen. Unzählige Male hat Elke Anna die Drehbewegung schon gezeigt. Dieses Mal ist der Ball so interessant, dass sich Anna wie automatisch auf den Bauch dreht, ihre Hände sogar zum Abstützen verwendet und mit einer Hand nach dem Ball greift, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren. Die Therapeutin und die Mutter freuen sich über diesen großen Erfolg und loben Anna euphorisch. Dies ist ein schönes Beispiel, dass das ständige Wiederholen einer Übung schließlich den gewünschten Entwicklungsfortschritt bringt.

Die körperlichen Fortschritte sind jetzt schon deutlicher zu erkennen. Über Weihnachten hat Anna begonnen frei zu sitzen, wenn sie aufgesetzt wird. In dieser Szene am AKH demonstriert mir die Mutter stolz, wie Anna sitzt.

Die Mutter erklärt mir, dass Anna schon eine gewisse Zeit alleine sitzen kann. Anna hält sich mit der linken Hand an Sabines Zeigefinger fest. Das linke Bein hat sie ausgestreckt, das rechte angewinkelt... Anna wackelt etwas hin und her mit dem Oberkörper, als könne sie ihr Gleichgewicht noch nicht so ganz halten. Den Mund hat sie offen. Sie sieht mich mit großen Augen an, wirkt aber zufrieden. (10. Beo, Z. 38-46, 9kM+3W)

Ich habe schon gesehen wie Anna sitzt. Dennoch ist die Mutter so stolz darauf, dass sie es mir noch einmal erzählt und es mir auch demonstriert. Anna hat ihren Sitz schon etwas gefestigt und winkelt nun ein Bein an, um sich mehr Stabilität zu verschaffen. Obwohl der Oberkörper noch leicht schwankt, wird sie immer sicherer und festigt gleichzeitig wieder neue Muskelpartien. Es scheint, als setze eine Freude an der Beherrschung des eigenen Körpers bei Anna ein. Die Mutter will die Fortschritte ihrer Tochter anderen zeigen, dies ist auch für Eltern termingeborener Kinder wichtig. Bei einem Fröhchen wiegen die sichtbaren Fortschritte noch viel stärker. Die Mutter sieht durch Annas Sitzen einen großen Erfolg und erhält Motivation, weiterzumachen.

Vor der folgenden Szene ist Anna eine lange Zeit quängelnd und kann der Therapie nicht folgen. Die Mutter bemerkt schließlich, dass Annas Windel voll ist und wickelt ihre Tochter. Die Therapeutin holt in der Zwischenzeit neue Spielsachen.

In der Zwischenzeit ist die Therapeutin aufgestanden und hat zwei kleine Becher gesucht. Sie setzt sich wieder auf die Matte und zeigt Anna die Becher. Anna streckt ihren linken Arm nach den Bechern aus, sie kann sich noch nicht drehen, weil ihre Mutter mit dem Wickeln noch nicht fertig ist. Weil sie schon weiter möchte, meint ihre Mutter: „Ich weiß, ohne Windel ist es besser, aber das geht hier nicht. Das geht nur daheim, wo ich den Schaden eingrenzen kann.“ Elke lacht. Als die Windel endlich fixiert, der Body aber noch nicht zu ist, sagt Sabine: „Los!“ und sofort dreht sich Anna nach links zu den Bechern. Sie beginnt zu plaudern und ist gut gelaunt; So als hätte Anna auf den Startschuss gewartet, um zu turnen... Elke muss lachen. Die Therapeutin zeigt Anna die Becher und sie dreht sich brav auf

die jeweilige Seite. Sie brabbelt unentwegt und gibt zufriedene Laute von sich. Elke stülpt Anna jeweils einen Becher auf die Füße und hält sie ihr vor das Gesicht. Anna greift nach dem rechten Bein und schnappt sich den Becher. Sie hält eine Zeit Becher und Fuß, dann fällt der Becher vom Fuß herunter. (12. Beo, Z. 76-91, 10kM)

Als Anna endlich gewickelt wird, kann sie es schließlich gar nicht abwarten, zu turnen. Anna ist sehr geschickt und holt sich die Becher zu sich und dreht sich mit ihnen vergnügt von einer Seite zur anderen. Dabei plappert sie sogar und wirkt ganz vertieft in ihr Spiel. Von körperlicher Anstrengung ist nichts zu merken und Anna spielt ganz zufrieden und unbeschwert. Die Therapeutin bringt ein neues spielerisches Element hinzu und stülpt ihr die Becher über ihre Füße. Anna greift spontan nach dem Becher auf ihrem rechten Fuß. Dabei hält sie ihre Beine eigenständig hoch in die Luft. Von dem anfangs so immobilen Baby ist hier fast nichts mehr zu merken. Anna hat nun schon die Möglichkeit, sich durch Drehen fortzubewegen. Ein großer Entwicklungsschritt ist geschafft.

Die Mutter fragt hier die Therapeutin, worum es bei dem Entwicklungstest, den Anna bald absolvieren wird, gehen werde. Die Therapeutin erklärt ihr, dass die körperlichen Fortschritte auf spielerische Weise getestet werden. Beispielsweise etwas in einen Becher geben und wieder heraus holen. Dazu holt die Therapeutin einen Becher und einen Kooschball und zeigt ihn Anna. Sie lässt den Ball in den Becher fallen und holt ihn wieder heraus.

Die Therapeutin setzt Anna wieder auf und versucht weiter, ihr den Kooschball (Gummiball mit Zotteln) schmackhaft zu machen. Sie holt ihn heraus und lässt ihn wieder in den Becher fallen. Anna greift nach einem Gummiband des Kooschs, bekommt ihn aber nicht heraus. Sie greift noch einmal und hat ihn dann in der Hand. Elke lobt sie überschwänglich dafür und lässt den Koosch wieder in den Becher fallen. Anna macht nun brav mit und holt ihn wieder heraus. Sie legt ihn sogar selbst wieder zurück, was der Mutter gleich auffällt. (15. Beo, Z. 60-66, 10kM+2W)

Als die Therapeutin Anna den Ball zeigt und ihn im Becher verschwinden lässt, sieht Anna aufmerksam zu. Die Therapeutin zeigt die Übung noch einige Male vor; solange bis Anna es schließlich selbst versucht. Sie wird vom Gewicht des Balles überrascht und bekommt ihn nicht gleich aus dem Becher. Bei einem weiteren Versuch schafft sie es. Mittels Pinzettengriff (greifen nur mit Zeigefinger und Daumen), der einen weiteren großen Fortschritt in der motorischen Entwicklung eines Babys darstellt, holt Anna den Koosch aus dem Becher. Sie lässt den Ball wieder zurückplumpsen und holt ihn sich noch einige Male selbst wieder heraus. Die Therapeutin und die Mutter sind sichtlich überrascht über die Geschicklichkeit von Anna. Die Tatsache, dass Anna diese Übung gleich richtig durchführen konnte, gibt

der Mutter Sicherheit für den bevorstehenden Entwicklungstest und nimmt ihr etwaige Versagensängste.

4.3.2.2 In der Interaktion zu Hause mit der Mutter

Die Mutter ist sehr ehrgeizig und möchte ihrer Tochter jede erdenkliche Förderung zukommen lassen. Sie wiederholt täglich die Übungen der Therapeutin vom AKH und teilweise auch die Frühförderin. Die Mutter ist dabei sehr gewissenhaft und scheint sich der Wichtigkeit dieser Übungen bewusst zu sein.

Die nachfolgende Szene stammt aus der ersten Beobachtung zu Hause. Die Mutter ist sehr engagiert und möchte mir als Beobachterin sehr viel bieten. Ständig bietet sie Anna neue Spielsachen an, noch bevor sie diese richtig explorieren konnte.

Danach holt die Mutter ein Plastiksackerl, das Anna schon bei der Therapie am AKH ganz toll fand. Sabine sagt, das haben wir noch immer und lächelt. Sie hält es Anna links vor ihre Augen, sodass sie den Kopf drehen muss, um es sehen zu können. Sofort greift Anna mit der linken Hand danach und steckt es in den Mund. (4. Beo, Z. 30-34, 8kM)

Das Sackerl ist ein Lieblingsspielzeug von Anna. Das Rascheln zieht Anna ganz in ihren Bann. Anna greift sofort danach, wenn es ihr angeboten wird. Die Mutter versucht die Übungen vom AKH zu wiederholen, indem sie bewusst die linke Seite von Anna aktiviert und trainiert, weil Anna mit Vorliebe mit der rechten Hand greift.

In der nächsten Szene übt die Mutter wieder bewusst mit der Kette, um Anna über die linke Seite zu bewegen.

Anna nimmt die Kette und öffnet und schließt ihre Finger, als würde sie winken. Sie ist gut gelaunt und gibt „Ahhh,Äähhhh“-Laute von sich. Sabine schaut eine Weile zu und nimmt Anna dann die Kette weg. Sie legt sie links neben Anna und raschelt damit. Anna sieht der Kette nach, dreht sich aber nicht, um sie zu bekommen. Sabine raschelt weiter. Anna versucht nicht, sich zu drehen. Sie wird aber sehr dazu motiviert. Weil sie nichts tut, hält Sabine ihrer Tochter die Kette über die Körpermitte. Anna versucht danach zu greifen. Immer wieder erwischt sie die Kette, verliert sie aber wieder. Sabine bewegt die Kette langsam über die Körpermitte nach links, damit Anna sich mitdreht. So wie auch die Therapeutin es immer macht. Anna dreht sich ein Stück mit, lässt sich aber wieder zurückplumpsen. Als Sabine ihr die Kette lässt, dreht sich Anna ganz alleine über die Mitte. Nur für den letzten Rest bekommt sie Hilfe von ihrer Mutter, um sich ganz auf den Bauch drehen zu können. Sabine lacht und sagt: „Jetzt machst du es. Du hast ja auch schon deinen eigenen Kopf. Ist schon gut so. Ist schon gut so.“ (7. Beo, Z. 27-40, 8kM+2W)

Die Mutter versucht Anna mit einer Kette zu motivieren, sich auf die linke Seite mit der Kette mit zu drehen. Anna ist interessiert an der Kette, das Interesse ist aber nicht groß genug, um sich zu drehen. Sie greift danach, verliert sie aber des Öfteren. Schließlich lässt die Mutter Anna die Kette zum Spielen und Anna dreht sich wie selbstverständlich mit der Kette über die linke Schulter. Die Mutter leistet ihr

Hilfestellung für den letzten Rest, um sich auf den Bauch drehen zu können. Die Mutter ist ganz stolz, dass ihre kleine Tochter schon ihren „Dickkopf“ äußert und sich nicht alles sagen und vorschreiben lässt. Sie ist ein kleines autonomes Wesen, das nicht mehr so schwach und zerbrechlich ist wie anfangs im Inkubator. Die Mutter braucht diese Bestätigung dringend von Anna, weil sie noch sehr stark das Gefühl hat, nicht genug zu tun, um die Frühgeburt wieder gut zu machen.

In der unten beschriebenen Einheit ist Anna sehr aktiv. Sie plaudert mit ihrer Mutter, dann singen sie ein Lied, danach wird ein Buch angesehen. Die Mutter-Kind-Interaktion wirkt sehr rund und harmonisch. Das Fördern ist nicht mehr so präsent im Raum wie in den Beobachtungen zuvor. Langsam wird Raum für Spiel und Spaß möglich.

Sabine legt Anna auf den Teppich und schiebt das Stillkissen etwas weg, damit sie Platz hat zum Bewegen. Gleich schmeißt Anna ihre Beine hoch in die Luft und dreht sich nach links und recht, aber nicht auf den Bauch. Ihre Hände steckt sie ab und zu in den Mund und macht weiterhin ihre Ahhh-Laute. Weil Anna etwas grantig wird, setzt Sabine sie wieder auf. Und zwar so, wie es ihr die Therapeutin am AKH erklärt hat. Die Mutter wiederholt die Aufsetzübung einige Male und lässt Anna dann sitzen. (13. Beo, Z. 120-126, 10kM)

Anna schmeißt ihre Beine in die Höhe, als sie am Rücken gelegt wird. Dies war noch vor wenigen Wochen nicht selbstverständlich. Da konnte Anna noch keine Idee von ihren Beinen haben, weil sie durch die geschwächten Bauchmuskeln nicht in ihr Blickfeld gelangen konnten. Durch die Beinbewegungen geht das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage und wieder zurück wie von alleine und Anna muss darüber nicht mehr nachdenken. Was ihr so lange Mühe und Schwierigkeiten bereitet hat, ist nun in ihren automatischen Bewegungsablauf übergegangen. Die Mutter ist emotional gut erreichbar und erkennt, wenn Anna wieder aufgesetzt werden möchte. Dabei setzt Sabine Anna nicht einfach auf, sondern zeigt ihr, wie sie es irgendwann selber machen wird. Weil es beim ersten Mal nicht perfekt gelingt, wiederholt die Mutter die Aufsetzübung noch einige Male. Sie ist sehr um Perfektion bemüht, damit Anna so gut wie möglich von ihr gefördert wird.

Im Interview habe ich der Mutter die Frage gestellt, welche Phantasien, Ängste und Wünsche sie hat, wenn sie an Annas Zukunft denkt:

„Ich würde mir wünschen, dass sie einmal im Garten herum läuft, ganz normal fangen spielt, verstecken spielt, Fahrradfahren kann, in die Schule gehen kann. Ich wünsche mir, dass Anna intelligent genug ist, das zu machen, was sie gerne machen möchte. Egal ob das jetzt eine Lehre oder studieren ist. Dass sie es machen kann, wenn sie es will. Ich wünsche mir, dass sie Freude daran hat an dem was sie tut, dass sie sich vielleicht ein Hobby aussucht, das ihr Spaß macht und nicht wo wir sie hindrängen wollen, vielleicht eine Sportart, die sie gerne

machen will. Ich wünsche mir, dass sie motorisch alles machen kann, was sie machen will, wo sie jetzt motorisch nicht so top ist, aber dass sie die Fähigkeiten irgendwann aufholt. Ich wünsche ihr von ganzem Herzen, dass Anna ihre Frühgeburtlichkeit nicht im Weg steht.“ (Interview, Z. 513-521)

Die Mutter denkt in ganz kleinen Etappen. Während andere Mütter wahrscheinlich über einen guten Schul- bzw. Studienplatz nachdenken, wünscht sich Sabine, dass Anna einmal ganz normal, ohne körperliche Einschränkungen, im Garten herum laufen kann. Diese Aussage zeigt sehr deutlich, dass sich die Mutter mittlerweile bewusst ist, dass Anna gewisse Entwicklungsverzögerungen aufweist und ihr eigenes Tempo hat, sich zu entwickeln. Sabine akzeptiert Annas Entwicklung und freut sich über kleine Fortschritte. Zu Beginn der Beobachtungen war die Mutter noch sehr ungeduldig und konnte Annas Fortschritte nicht erkennen.

4.3.3 Die kognitive Entwicklung

4.3.3.1 Durch die Arbeit mit der Therapeutin

Das Baby erkennt den Raum, in dem es jede Woche therapiert wird, es erkennt die Spielsachen und die Therapeutin. Anna braucht keine lange Eingewöhnungsphase, sondern fühlt sich gleich wohl und kann sich den Spielsachen widmen. Langsam lässt sich die Tendenz der Achtmonatsangst erkennen, weil Anna nicht mehr bei der Therapeutin bleiben will und die Mutter ständig neben ihr sitzen muss. Selbst das reicht oft nicht mehr aus und Anna muss sich in die rettenden Arme der Mutter flüchten, um sich zu beruhigen.

In der nachfolgenden Szene spielt Anna mit einem ineinander geschwungenen Ring auf dem bunte Holzringe und Elemente aufgefädelt sind.

Anna sucht sich immer wieder dieses Spielzeug und greift mit der rechten Hand danach. Elke möchte sie dazu motivieren, mit der linken danach zu greifen und nimmt es ihr weg. Anna liegt am Rücken und will mit der rechten Hand wieder danach greifen. Elke hält es jedoch eher über der linken Hand. Anna dreht sich so weit nach links, bis sie es mit der rechten Hand zu fassen kriegt und krächzt dabei ein bisschen. Während Anna das Spielzeug betrachtet und es in den Mund nimmt, massiert Elke ihre Schultern mit vibrierenden Bewegungen der ganzen Handfläche. (1. Beo, Z. 74-81, 6kM+3W)

Anna benutzt lieber die rechte Hand als die linke. Als ihr die Therapeutin das Spielzeug über der linken Körperhälfte hält, dreht sich Anna unter Anstrengung so weit, bis sie das Mobile mit der rechten Hand zu fassen bekommt. Anna setzt ihre Bewegungen gezielt ein, um den Weg des geringsten Widerstands zu gehen. Anna schaut sehr genau und exploriert mit dem Mund. Sie ist körperlich noch nicht so beweglich und kompensiert dies mit ihrem Blick, den Händen und der Gestik. Die

Therapeutin nutzt, dass Anna in ihr Spiel vertieft ist und massiert ihre Schultern. Diese Übung dient dazu, dass Anna ein Körpergefühl entwickelt, indem ihre Gliedmaßen einzeln fest massiert und benannt werden.

In der unten beschriebenen Beobachtung erklärt die Mutter vor dieser Szene, dass Anna schon manchmal „Ma Ma“ andeute. Die Therapeutin probiert dies daraufhin gleich aus.

Anna liegt vor Elke am Rücken. Sie hält ihre Beine fest und schnalzt: „Ma, Ma“ mit den Lippen. Sie sagt zu Anna: „Kannst du das schon? Ma Ma Ma.“ Anna schaut und schiebt die Zunge heraus. Dann kommt Sabine zu Anna und öffnet und schließt Annas Mund mit dem Zeigefinger und sagt: „Ja, so MAMA.“ Anna öffnet und schließt den Mund von selbst, was beide Frauen belustigt. Elke meint, Anna wisse genau, was sie von ihr wollen. (3. Beo, Z. 121-126, 7kM)

Annas Blick hängt an den Lippen der Therapeutin, die Ma Ma damit formt. Sie scheint sehr aufnahmefähig. Die Mutter setzt sich zu Anna auf die Matte und öffnet und schließt mit ihrem Zeigefinger Annas Mund. Als die Mutter den Finger entfernt, wiederholt Anna die Übung alleine. Die beiden Frauen freuen sich sehr über dieses Geschenk von Anna. Solche kleinen Gesten sind der Lohn für die lange und anstrengende Arbeit. Nicht nur für Anna sondern auch für ihre Mutter und die Therapeutin.

Während die Mutter Anna noch auszieht und für die Therapie vorbereitet, sucht Elke schon Spielsachen aus dem Schrank. Anna liebt Glöckchen. Sie hat auch von der Frühförderin (FF) ein Band mit Glöckchen zu Hause, mit dem sie oft spielt.

Die Therapeutin geht durch den Raum und holt schon Spielsachen. Als sie die Glöckchen nimmt, hört Anna das Läuten und schaut in die Richtung, aus der das Geräusch kommt. Sie sucht intensiv mit offenem Mund nach der Klangquelle. (5. Beo, Z. 42-45 8kM+1W)

Weil Anna sich so wenig bewegen kann, sucht sie andere Mittel, um sich auszudrücken. Ihr fehlt weitgehend auch die Stimme, die durch die Intubationen beeinträchtigt wurde. Glöckchen und später das Tamburin geben Anna die Möglichkeit, sich zu begreifen, zu erfahren und sich auszudrücken. Sie nimmt das Klingen sofort wahr und sucht intensiv danach.

Annas kognitive Entwicklung tritt am AKH ab der fünften Beobachtung etwas in den Hintergrund, weil sie zu Fremdeln beginnt und dadurch von der Therapeutin nur noch wenig annehmen kann.

4.3.3.2 In der Interaktion zu Hause mit der Mutter

Zu Hause wirkt Anna ganz frei. Sie kennt ihre Spielsachen, die Geräusche und die Gerüche. Das Baby lernt im Umgang mit altersgerechten Spielsachen in der gewohnten Umgebung. Es wird immer sicherer und kompetenter. Die Mutter ist stets um die kognitive Entwicklung bemüht und bietet fördernde Spielsachen an, singt Lieder und spricht Reime. Anna hängt dabei an ihren Lippen und hat sichtlich Spaß dabei.

In dieser Beobachtung zu Hause, ist die Mutter sehr rastlos. Ständig bietet sie Anna neue Spiele an, obwohl diese noch ganz zufrieden mit dem vorhergehenden scheint.

Anna bekommt wieder die Plastikkette zu greifen und holt sie zu sich. Sie steckt ein Stück in den Mund. Sabine räumt den Luftballon zurück in die Kiste und betrachtet ihre Tochter. Nach einer Weile steht die Mutter auf und geht zum Maxi Cosi, das im Vorraum steht. Dort holt sie noch ein Element vom Griff. Anna sieht ihrer Mutter dabei zu, wie sie das grüne Stück auch auf die Kette auffädelt, zwischen zwei gelben Elementen. Dann gibt sie ihrer Tochter die Kette zurück. Anna steckt das grüne in den Mund. „Ja, das grüne ist so schön, gell.“, sagt Sabine. (7. Beo, Z. 83-89, 8kM+2W)

Aufmerksam verfolgt Anna die Handgriffe ihrer Mutter, die das grüne Plastikelement zwischen die beiden gelben auffädelt. Als Anna die Kette zurück bekommt, steckt sie das grüne in den Mund. Es hat den Anschein, als wüsste sie genau, dass es neu ist und sie untersucht es deshalb gleich mit ihrem Mund. Außerdem scheint es, als würde Anna ihrer Mutter Anerkennung geben, weil sie ein grünes Element dazugegeben hat. Die Mutter freut sich sehr darüber, dass Anna gleich das grüne in den Mund nimmt. Sie braucht sehr stark die Bestätigung, etwas gut und richtig zu machen. Anna gibt ihr dadurch, dass sie die Mutter bestätigt und belohnt für das schöne Spiel, Sicherheit.

Vor der folgenden Szene hält die Mutter Anna im Arm und sie beginnt automatisch nach den Brüsten zu suchen.

Anna reibt sich schläfrig die Augen. Sie liegt im Arm, wie beim Stillen und sucht immer wieder merklich nach der Brust. Sabine muss lachen und sagt, dass da nichts drinnen ist, weil sie schon fast keine Milch mehr hat. Anna sucht weiter. „Ich kann sie dir schon anbieten, aber du wirst böse sein, weil nichts raus kommt, Maus.“ Sie setzt sich mit Anna auf die Couch und legt ihre Tochter an. Schnell steckt Anna die Brustwarze in den Mund. Sie fuchtelt wild mit dem Arm. Sichtlich irritiert, weil keine Milch kommt, lässt sie die Brustwarze immer wieder aus. (7. Beo, Z. 116-122, 8kM+2W)

Anna liegt im Arm ihrer Mutter und erkennt sofort an der Stellung, dass dies auch die Stellung zum Stillen ist. Sie beginnt nach der Brustwarze zu suchen, indem sie mit dem Kopf kreist und den Mund öffnet. Die Mutter erkennt dies, fasst aber gleichzeitig in Worte, dass Anna enttäuscht sein wird, weil sie kaum noch Milch hat. Anna ist zumindest verbal schon auf das Fehlen der Milch vorbereitet. Trotzdem versucht sie

einige Male zu saugen und blickt dann etwas verwundert, als nicht die gewohnte Reaktion, nämlich Milchfluss, eintritt. Für die Mutter ist es sehr schmerzvoll, dass die Milch weniger wird und sie langsam ans Abstillen denken muss.

Während der folgenden Beobachtung ist auch die Frühförderin anwesend, der die Mutter sehr reserviert begegnet, weil sie zu wenig mit Anna mache.

Anna sieht auf die Frühförderin. Sie geht gleich zu Anna und stellt ihre große türkise Tasche daneben ab. Sie kniet sich zu Anna und begrüßt sie fröhlich und enthusiastisch. Anna schaut sie an und lächelt. Die Frühförderin bemerkt die Schnur in ihrem Mund und sagt, so kenne sie sie wieder. Die Anna hat immer ein Schnürl im Mund. Dabei streichelt sie ihr sanft über die Wange. Sie kniet neben Anna und schaut sie an. Sie redet mit ihr und fragt sie, was sich denn in den letzten zwei Wochen getan hätte, weil sie einander ja so lange nicht gesehen haben. Annas Hände gehen auf und zu. Sie hängt an den Lippen der Frühförderin. Ihre Beine bewegen sich langsam, aber stetig. Die Frühförderin sieht mich an und sagt: „Multi beschäftigt. Jetzt fehlen nur noch die Beine“ (8. Beo, Z. 21-30, 8kM+3W)

Anna freut sich sichtlich, als die Frühförderin den Raum betritt. Sie erkennt die Frau schon. Die FF hat einen natürlichen und freundlichen Kommunikationsaustausch mit Anna. Sie redet mit ihr und lässt für Anna eine Pause um zu antworten. Anna reagiert darauf mit den Armen und Beinen und macht große Augen. Dann redet wieder die FF. Es ist wichtig, dass die FF Anna Zeit zum Antworten lässt, obwohl diese noch keine verbale Möglichkeit hat, weil dadurch der Rhythmus eines Dialogs erfolgen kann. Die kognitive Entwicklung ist in dieser Szene deutlich zu beobachten. Der Eindruck der Mutter, die Frühförderin arbeite zu wenig mit Anna lässt sich zudem nicht bestätigen. Aber es scheint für die Mutter schwer nachvollziehbar zu sein, dass Anna nur langsam reagieren kann und dieser vorsichtige Umgang mit Anforderungen Teil der Förderung ist.

Während dieser Beobachtung ist Anna sehr aktiv. Sie spielt und trommelt gut gelaunt. Vor dieser Szene spielen Mutter und Tochter mit einer Stoffwindel, indem die Mutter Anna das Gesicht verdeckt und wartet, bis Anna die Windel wegzieht.

Dann gibt Sabine die Windel weg und gibt Anna ein Holzmobile der FF in die Hand. Anna nimmt es und steckt eine Holzkugel in den Mund. Sie legt es bald rechts hinter sich beiseite. „Ja, das macht sie auch seit Neuestem. Sie legt alles hinter sich ab“, sagt Sabine. Sie gibt Anna ein anderes Holzspielzeug in die Hand. Anna nimmt es und steckt es wieder in den Mund. „Seit Mittwoch sagt sie Nana“, erzählt mir Sabine. (13. Beo, Z. 68-73, 10kM)

Nach dem sehr aktiven und aufregenden Spiel des Versteckens reicht ihr die Mutter wieder ein Holzmobile, damit sich Anna wieder etwas beruhigen kann. Die Mutter wirkt ruhiger und scheint weniger Ängste um die Entwicklung von Anna zu haben. Zusehends gewinnt das Spiel an Bedeutung. Anna legt das Spiel hinter sich ab und greift zum nächsten Spiel in ihrer Umgebung. Die Tatsache, dass Anna „Nana“ sagt, ist ein enormer Schritt in ihrer kognitiven Entwicklung.

4.3.3.3 Fortschreiten des Fremdels

Ab der fünften Beobachtung lässt sich bei Anna eine Tendenz des Fremdels feststellen. Hier ist Anna korrigiert acht Monate alt. Die kognitive Entwicklung scheint zeitlich gut voran zu schreiten, im Vergleich zur motorischen, die stärker hinterher hinkt. Die Therapien gestalten sich dadurch schwieriger, weil Anna die Therapeutin ablehnt und nicht mehr mit ihr üben möchte. Immer sucht sie nach der Mutter, die mehrmals den Therapieraum für einige Zeit verlässt. Daraus resultiert, dass Anna in einen Angstzustand gerät. Sobald die Mutter wieder da ist und Anna in den Arm nimmt, beruhigt sie sich schnell und ist teilweise sogar bereit, bei der Therapie mitzuarbeiten, solange die Mutter in Greif- und Sichtweite ist. Das schnelle Beruhigen, nachdem die Mutter Anna nimmt, lässt auf eine gute Mutter-Kind-Beziehung schließen. Genau diese Situationen werden im „Fremde-Situations-Test“, der in Kapitel 1.9.4 näher beschrieben wurde, analysiert. Anna fremdelte noch einen längeren Zeitraum nach den Beobachtungen weiter, erzählte mir die Mutter im abschließenden Interview.

In der nachfolgenden Szene am AKH zieht die Mutter Anna aus und setzt sie dann auf die Matte zu Elke. Nach einer Weile fragt sie, ob sie einige Formalitäten erledigen könne und weggehen dürfe.

Sabine fragt, ob es ein Problem sei, wenn sie kurz in die Ambulanz rauf gehe, sie müsse einige Formulare abgeben. Elke meint: „Für mich nicht, ob es für Anna ein Problem ist, werden wir gleich sehen.“ Sabine verlässt den Raum. Anna sieht ihr nicht nach, sie liegt mit dem Rücken zur Tür und kann nicht sehen, dass ihre Mutter geht. Anna ist etwas raunzig und ihre Krächzlaute werden immer lauter. Elke spricht mit ihr und fragt sie, was denn heute so schlimm sei. Ob sie es ihr erzählen möchte. Dabei streicht sie ihr mit sanftem Druck über den Bauch und die Beine. Anna lässt sich nicht beruhigen und raunzt immer lauter. Eine Träne kullert ihr über die rechte Wange. Durch das Krächzen verschluckt sie sich und hustet. Die Therapeutin legt sie mit dem Bauch über ihr Knie und sagt: „Atmen musst du schon, Schatzi.“ Sie klopft ihr leicht auf den Hintern. Weitere Tränen laufen Anna über die Wangen, und sie wischt mit beiden Händen über ihre Augen. (5. Beo, Z. 49-60, 8kM+1W) ... Elke setzt sich mit ihr auf einen grünen Gymnastikball, der im Raum liegt und fängt langsam an etwas zu hopsen. Dabei legt sie Anna wie beim Stillen entlang ihres Oberkörpers und hält sie mit sanftem Druck fest, so als würde sie Anna die Grenzen ihres Körpers zeigen wollen. So schwingen sie rhythmisch auf und ab und Anna wird immer ruhiger. Ihre Augen fallen langsam zu und das Krächzen wird immer leiser. (5. Beo, Z. 70-75, 8kM+1W)

Anna hat nicht gesehen, dass ihre Mutter das Zimmer verlassen hat. Die Mutter hat sich auch nicht von Anna verabschiedet und ihr verbal versichert, dass sie bald wieder kommen werde. Als Anna bemerkt, dass ihre Mutter nicht mehr da ist, wird sie sehr traurig und verzweifelt. Sie lässt sich lange nicht von der Therapeutin beruhigen, die sehr viel versucht, um Anna von ihrem Trennungsschmerz abzulenken. An therapeutische Übungen ist in dieser Situation nicht zu denken. Für Anna ist diese Stunde nicht produktiv, weil sie keine Förderung erhalten kann. Als die Therapeutin

sich mit Anna schließlich auf einen Gymnastikball setzt, schläft sie ein, wobei es eher ein „sich in den Schlaf retten ist“, als ein Schlafen aus Müdigkeit und Geborgenheit. Dies ist die erste Szene, wo Anna so starke Anzeichen des Fremdels zeigt.

In der beschriebenen Szene am AKH sind bereits zwei Monate zur vorigen vergangen, und Anna fremdelt noch immer sehr stark. Sie lässt sich nicht beirren oder durch Spielsachen ablenken und bleibt bei ihrer Angst vor der Therapeutin.

Elke sagt, sie wolle Anna etwas ganz Tolles zeigen und dass man da aber nicht schimpfen brauche, weil das gehe ohne Schimpfen noch viel besser. Die Therapeutin nimmt eine kleine Dose auf der außen silberne Sterne sind und öffnet sie. Darin ist ein grünes Tuch. Anna sieht nicht genau zu und versucht dem Griff der Therapeutin zu entkommen. Sie schaukelt wild hin und her. Elke gibt nicht gleich auf und zeigt Anna noch einmal das Verschließen der Dose und das anschließende Öffnen mit dem Tuch darin. Anna jammert vor sich hin und sieht ihre Mutter flehend an. „Hm musst dich einmal beruhigen“, meint Sabine und nimmt Anna hoch. Anna beruhigt sich schnell. (15. Beo, Z. 72-80, 10kM+2W)

Die Tatsache, dass Anna so stark fremdelt, ist zwar nicht förderlich für die Therapiestunden, es zeigt aber, dass Annas kognitive Fähigkeiten durchaus ihrem Alter entsprechen und gut entwickelt sind. Es wäre Besorgnis erregend, wenn Anna nicht zwischen der Beziehung zur Therapeutin und jener zu ihrer Mutter differenzieren könnte. Die Mutter ist emotional bei Anna und erkennt, dass sich Anna erst in den schützenden Armen der Mama beruhigen muss, bevor sie mit der Therapie weiter machen kann.

Im abschließenden Interview erzählt mir die Mutter, welche Lösung sie mit der Therapeutin gefunden hat, damit sich Therapie und Fremdeln vereinbaren lassen.

„Wir machen jetzt nicht mehr eine Stunde, sondern 1 ½ Stunden, weil sie immer nach einer dreiviertel Stunde ungefähr anfängt, nicht mehr zu weinen. Das war auch heute so. Sie hat ungefähr eine halbe Stunde nicht wollen und dauernd die Hände aufgehoben und wollte zu mir und kaum hab ich sie auf die Matte gesetzt, hat sie wieder geweint. Und nach einer dreiviertel Stunde hat sie sich beruhigt und hat brav mitgemacht, was die Elke gemacht hat, aber eine viertel Stunde ist halt sehr wenig. Wir haben vereinbart, wir weiten das aus, weil nach einer dreiviertel Stunde, wenn Anna sich beruhigt hat, kann man dann wirklich arbeiten mit ihr. Schauen wir, wie sie das akzeptiert.“ (Interview, Z. 28-37)

Anna fremdelt zu diesem Zeitpunkt schon ca. vier Monate. Obwohl sie die Therapeutin seit ihrer Geburt kennt, kann sie sich lange nicht entspannen und bei den Übungen mitarbeiten. Nach 45 Minuten beruhigt sie sich und turnt mit Elke. Die beiden Frauen haben das erkannt und gehen feinfühlig auf Annas Bedürfnisse ein und verlängern die Therapieeinheit auf 1 ½ Stunden. So wird gewährleistet, dass Anna trotzdem weiterhin von der Physiotherapie profitieren kann.

4.3.4 Die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung

4.3.4.1 Wie das Baby auf seine Mutter reagiert

Anna erfährt ihre Mutter als sehr getrieben, immer das Beste für sie zu wollen, zu organisieren und zu bekommen. Die Mutter versucht zu fördern, wo immer es geht. Dabei bleibt der Spaß und die Lust am Spiel oft in den Hintergrund, weil kein Raum für Spaß zu sein scheint, wo doch soviel aufgeholt werden muss. Anna bleibt in diesem hektisch getriebenen Tagesablauf sehr ruhig und tolerant und gibt ihrer Mutter Sicherheit. Sie schafft es auch, ihrer Mutter zu zeigen, dass Spielen sowohl Lernen als auch lustvoll und schön sein kann.

Vor der nachfolgenden Szene zu Hause versucht die Mutter Anna zu stillen. Diese will die Brust nicht annehmen. Die Mutter hält sie dann im Arm und Anna kuschelt sich an sie.

Sabine streicht Anna über den Kopf. „Das sind die Momente, die mich für die verpasste Geburt entschädigen, wenn ich sie so halten kann und sie bei mir einschläft.“ Da öffnet Anna wieder die Augen und lauscht der Stimme ihrer Mutter. „Ich weiß, ich sollte sie einfach hineinlegen und probieren, ob sie alleine einschläft. Aber ich brauche das einfach, dass ich weiß, dass es ihr bei mir gut geht. Und sie schläft auch nur bei mir ein, nicht einmal bei meinem Mann.“ Dabei lächelt Sabine. Anna ist eingeschlafen. (4. Beo, Z. 140-146, 8kM)

Die Mutter ist hier ganz in Kontakt mit ihren Gefühlen und kann sie mir gegenüber in Worte fassen. Oft muss sie stark sein und kann es sich nicht leisten, über die schmerzvolle Zeit der Frühgeburt nachzudenken, weil es sie zu sehr lähmen würde. In dieser Situation fasst sie in Worte, wie schön es für sie ist, dass Anna bei ihr einschläft und sich wohl fühlt. Anna kann sich bei ihrer Mutter entspannen und schläft schließlich ein. Die Mutter gibt ihr Halt und Geborgenheit. Anna gibt im Gegenzug der Mutter die Sicherheit, dass sie von ihr gebraucht wird und sie sie liebt. Es scheint als spende Anna so ihrer Mutter Trost und schenke ihr Wiedergutmachung für die vielen verpassten Momente der Zweisamkeit während der Monate am AKH.

In der folgenden Szene sitzt Anna vor der Mutter zu Hause am Boden und lutscht hingebungsvoll an einem Soletti. Die Mutter beginnt in wehmütigen Erinnerungen zu schwelgen.

Sabine erklärt mir, dass sich Anna selbst abgestillt hat. Für Anna sei das anscheinend in Ordnung, aber sie selbst habe schon damit gehadert und sich gefragt, wie sie damit klar kommt. „Hm, jetzt brauchst du mich gar nimmer Maus. Zumindest zum Essen.“ Ihr Ton ist ganz wehmütig. Sie scheint traurig darüber zu sein. Ich frage mich, warum die Mutter so etwas sagt und nicht merkt, wie dringend Anna sie zur Zeit braucht. Sie darf nicht für einen Moment den Raum verlassen, weil Anna sonst sofort fremdelt. (11. Beo, Z. 86-92, 10kM)

Die Mutter hat schon zuvor erzählt, dass ihre Milch langsam versiege, sie allerdings noch gerne länger gestillt hätte. Anna will die Mutterbrust nicht mehr annehmen. Das zeigt, dass der Zeitpunkt zum Abstillen für Anna in Ordnung ist. Die Mutter erzählt in einem traurigen Ton, dass Anna ihre Brust nicht mehr brauche und sie das bedrücke. Sie erzählt, dass Anna sie jetzt gar nicht mehr brauche, dabei ist sie im Moment die wichtigste Bezugsperson. Anna fremdelt so stark und möchte keinen Augenblick mit jemand anderem alleine sein. Die Mutter gerät hier selbst in eine frühe unreife emotionale Stimmung. Anstatt sich zu freuen, dass Anna gedeiht und sich entwickelt, möchte sie an ihrem kleinen Baby festhalten. Das könnte damit zusammen hängen, dass bei einem kleinen Baby die Entwicklungsrückstände nicht so auffallen, wie bei einem größeren Kind.

4.3.4.2 Wie Baby und Mutter miteinander kommunizieren

Das Baby erkennt, wenn mit ihm kommuniziert wird. Es schaut auf und hängt an den Lippen. Wenn Anna etwas gefällt, setzt sie ihre Körpersprache und Laute ein, um mit der Mutter zu kommunizieren. Die Mutter freut sich darüber und kommentiert dies auch. Wenn Anna etwas nicht gefällt, dann äußert sie Unmut. Sie beginnt zu weinen, wobei ihr Weinen oft für Außenstehende gar nicht zu erkennen ist, weil es anfangs noch fast stimmlos passiert.

Die folgende Szene geschieht am AKH. Anna fremdelt seit einiger Zeit bei der Therapeutin und kann der Therapie nicht folgen, weil sie bei Elke nicht mehr bleiben will und immer die Mutter braucht.

Anna schwankt hin und her. Sie ist offensichtlich schon müde. Tränen kullern ihr über die Wangen, gefolgt von einem Krächzen. Sabine meint, ob sie sich etwas beruhigen wolle und dann wieder weiter turnen wolle. Sie nimmt der Therapeutin ihre Tochter aus der Hand und hebt sie hoch. Anna schmiegt sich an die Schulter ihrer Mutter. Leise spricht Sabine auf sie ein und streichelt ihren Kopf. (6. Beo, Z. 124-129, 8kM+2W)

Die Interaktion zwischen Mutter und Tochter zeigt eine sehr liebevolle und harmonische Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter ist emotional bei Anna und versteht ihren Kummer. Sie nimmt sie in die Arme und tröstet sie. Anna schmiegt sich gleich an ihre Mutter und lässt sich verwöhnen. Sie fühlt sich bei ihrer Mutter sicher gehalten und geborgen.

In der beschriebenen Einheit am AKH ist Anna wieder sehr unkooperativ während der Therapie und beschwert sich sehr. Die Mutter bringt den Vorschlag ein Lied zu singen, weil das Anna zu Hause auch beruhige.

Sabine meint, ob sie was singen soll, weil das daheim hilft. Elke sagt gleich: „Ja.“ Da beginnt Sabine das Lied „Ein Männlein steht im Walde“ zu singen und Anna beruhigt sich merklich. Sie vergräbt den Kopf in der Matte und hebt ihn dann wieder an. Elke kann für einige Minuten mit Anna arbeiten und ihre Muskeln stärken. Sabine singt einige Strophen und ändert den Text ab, sodass auch die Namen Elke und Gabi in dem Lied vorkommen. (9. Beo, Z. 118-123, 9kM+1W)

Die Mutter ist interessiert daran, dass Anna in der Therapie mitmacht und von den Übungen profitieren kann. Weil Anna sich nicht beruhigt und auch die Übungen nicht mitmacht, macht Sabine den Vorschlag, ein Lied zu singen. Die Therapeutin ist dankbar dafür und willigt gleich ein. Anna lauscht dem Lied und beruhigt sich prompt. Erst durch die harmonische Mutter-Kind-Beziehung wird eine erfolgreiche und gewinnbringende Therapie möglich. Diese Tatsache wurde im Theorieteil in Kapitel zwei mehrmals erwähnt und durch dieses Beobachtungsbeispiel bestätigt. Eltern und Therapeutin müssen zusammen arbeiten, um die bestmögliche Förderung für das beeinträchtigte Kind zu erreichen. Hier hat die Therapeutin durch das Lied der Mutter schließlich die Gelegenheit, mit Anna für einige Minuten zu arbeiten und zu trainieren.

In der nachfolgenden Szene zu Hause findet während der gesamten Stunde eine sehr innige Mutter-Kind-Interaktion statt. Sabine und Anna führen eine humorvolle und angeregte Diskussion, was sie am Nachmittag im Babyshop für Anna kaufen werden und blättern gemeinsam den Katalog durch.

Anna beobachtet ihre Mutter und streckt ihre rechte Hand nach dem Katalog aus. Sabine gibt ihn ihr. „Magst du lesen, Mausi? Nein, du willst es sicher in den Mund stecken, oder?“ Anna nimmt den Katalog und steckt gleich ein Eck in den Mund. „Aber den muss ich erst abwischen. Wer weiß, wer den schon aller in der Hand gehabt hat. Gibst du ihn mir noch einmal kurz?“ Sie nimmt Anna den Katalog noch einmal weg und geht in Richtung Küche. Anna sieht ihrer Mutter und dem Katalog gebannt nach. Da kehrt die Mutter schon zurück und setzt sich wieder zu Anna am Boden. Sie blättert kurz durch das Buch und reißt Seiten mit Abbildungen von Produkten heraus, die sie am Nachmittag kaufen werden. Sie zeigt Anna einzelne Bilder, indem sie den Katalog umdreht und fragt, ob sie das möchte. Anna scheint komplett integriert in die Konversation. (11. Beo, Z. 68-74, Z. 76-80, 10kM)

Die Mutter sieht in Anna in dieser Szene einen kompetenten Gesprächspartner und führt eine seriöse Unterhaltung über die Einkaufsliste. Sie zeigt Anna einige Bilder und gibt ihr Zeit, damit auch Anna ihr Einverständnis geben kann. Anna erfährt hier, dass ihre Meinung berücksichtigt wird und diese auch wichtig ist. Selbst, wenn Anna noch nicht die Möglichkeit hat, verbal zu antworten, so zeigt sie doch aktives Interesse durch Laute und Gesten an der Unterhaltung und dem Katalog.

4.3.4.3 Das dringende Bedürfnis nach Gehalten werden

Frühgeborene Babys brauchen, noch dringender als termingeborene Babys, das Gefühl, gut gehalten zu werden. Sie kennen ihre Körpergrenzen noch nicht und brauchen ständig rund um ihren Körper eine künstlich geschaffene Grenze. Im Inkubator werden rund um ihren Körper mit Styroporkugeln gefüllte Stoffhörnchen gelegt, die ihnen die Körpergrenze signalisieren sollen. Werden Babys im Arm gehalten, so brauchen sie auch diese Grenzen und wollen sich gerne spüren. Ein sanfter aber bestimmter Druck hilft ihnen, sich zu begreifen und ein Körpergefühl zu entwickeln. Dies wurde im Theorieteil unter Kapitel 1.9.1 bereits erörtert.

Anna braucht als Frühchen sehr viel Halt. Wird sie nicht von ihrer Mutter gehalten, weil diese einen Moment nicht verfügbar oder emotional unerreichbar ist, fixiert Anna an Punkte an der Decke, oder hält sich an Kleidung oder an Schnüren. Anna hat sehr oft eine Schnur im Mund und hält sich so selbst. Dieser selbst geschaffene Halt ist in keinsten Weise als ständiger Ersatz für emotionalen, physischen Halt der Eltern anzusehen.

In der folgenden Beobachtung am AKH wird deutlich, dass die essentielle Information, dass Anna als Frühchen dringend Halt braucht, erst nach knapp neun Monaten (nicht korrigiert, weil Anna zu diesem Zeitpunkt schon fast neun Monate auf der Welt ist) die Mutter erreicht hat. Die Therapeutin zeigt der Mutter dazu eine Übung vor.

Elke meint auch, dass Anna von Woche zu Woche deutliche Fortschritte mache und die linke Seite auch schon sehr gut sei. Sie gibt Sabine die Anweisung, sie festzuhalten und mit sanftem, aber bestimmtem Druck über den Körper zu streichen, weil sie den Eindruck habe, sie sei etwas zappelig und brauche noch den Körperdruck. Dabei zeigt sie Sabine die Übung vor, wie sie über Annas Körper streichen soll. Sie hält beide Hände von Anna ausgestreckt über Annas Augen fest zusammen. Sabine sagt: „Ja, der Kinderarzt hat mir gestern gezeigt, dass ich sie so halten soll.“ Sie dreht Anna von Elke zu sich herüber und beugt sich über sie. Sie umschließt sie mit ihren Armen und hält sie am Kopf fest, die Beine von Anna stoßen an die Brust ihrer Mutter an. Anna lächelt etwas und greift nach den Haaren ihrer Mutter. Elke sagt, das sei, damit sie sich komplett spüren kann, weil sie das doch noch brauche. (1. Beo, Z. 166-176, 6kM+3W)

Die Therapeutin erkennt, dass Anna noch sehr das Bedürfnis hat, gehalten zu werden. Sie zeigt der Mutter, wie sie Anna ein Gefühl von Halt vermitteln kann. Darauf erklärt Sabine, der Arzt hätte ihr am Vortag auch gezeigt, wie sie Anna halten kann, damit sie sich ganz spürt. Anna ist mittlerweile fast neun Monate auf der Welt und keiner der vielen Ärzte, Schwestern oder Elke, die Anna bis jetzt professionell betreut haben, haben der Mutter die Dringlichkeit des Gehalten werdens für Frühgeborene erklärt. Als Sabine die Übung vorzeigt, fallen der Mutter die

schulterlangen Haare ins Gesicht und Anna greift nach den Haaren. Wenn ihre Mutter sie so komplett einhüllt und festhält, fühlt sich Anna vollkommen geborgen und sicher.

Die folgende Szene findet zu Hause statt. Die Mutter hatte vor dieser Stillszene erzählt, was vom frühzeitigen Blasensprung bis zu dem Zeitpunkt, als Anna nach Hause durfte, alles passiert war. Anna lag während der Erzählung neben der Mutter am Boden und hatte eine Schnur im Mund. Sie wirkte abwesend. Danach fragte die Mutter, ob Anna etwas trinken wolle.

Dann holt sie Anna und setzt sich mit ihr auf die Couch. Sie legt Anna an der rechten Brust an, doch die will sie nicht. Es wirkt wie ein Kampf zwischen Mutter und Tochter. Sabine verdreht sich und zappelt mit den Füßen, aber Anna wehrt sich gegen die Brust. „Ich weiß, die rechte magst du nicht mehr seit kurzem.“ Sie legt Anna an die linke Brust. Aber auch diese Brust verschmäht Anna. Die Mutter nimmt ihre Tochter und sagt: „Wenn du nicht möchtest, dann eben nicht.“ Und legt Anna über ihre linke Schulter. Wie ein Mehlsack fällt Anna über die Schulter und schließt sofort die Augen. Anna sieht in meine Richtung und hält mit der linken Hand ein Eck eines Polster, der in ihrer Greifweite liegt. (4.Beo, Z. 130-138, 8kM)

Als sich die Mutter die dramatischen Ereignisse der Frühgeburt von der Seele erzählt hat, widmet sie sich wieder Anna und fragt, ob sie eventuell Durst haben könnte. Sie hebt sie hoch und setzt sich mit ihr auf die Couch. Anna kann der Brust in diesem Moment nichts Gutes abgewinnen und verweigert sie. Sie hat während der gesamten Erzählung keinen Halt bekommen und musste sich Halt von der Schnur in ihrem Mund holen. Auch jetzt kann die Mutter Anna nicht halten und Anna hält sich an einem Polster rechts neben ihr fest. Sie scheint sich vor der traurigen Wahrheit zu verschließen und sich in den Schlaf zu retten.

In der folgenden Szene am AKH ist Anna wieder sehr unruhig und möchte nicht bei der Therapeutin bleiben, um mit ihr zu üben. Die Mutter holt sich Anna auf ihren Schoß und gibt ihr zu trinken. Sie kann Anna schon viel besseren Halt geben als in der vorigen Szene.

Mit der rechten Hand greift Anna nach dem Fläschchen. Als Sabine ihr eine Atempause gibt, holt sich Anna das Fläschchen noch einmal zu sich und trinkt noch einen Schluck. Dann meint Sabine, sie müsse noch aufstoßen und legt sie über ihre linke Schulter. Anna dreht den Kopf und sieht die Therapeutin an. Sie lächelt sie an und betrachtet sie aufmerksam. „Ah geh, wie interessiert wir da schauen können, wenn wir in sicherer Entfernung bei der Mama sind. Hmm? Du bist mir eine.“ (10. Beo, Z. 142-148, 9kM+3W)

Anna beruhigt sich schnell in den Armen der Mutter und trinkt einen großen Schluck. Sie holt sich das Fläschchen sogar noch ein weiteres Mal, um einen Schluck zu trinken. Als die Mutter sie hoch nimmt zum Aufstoßen, sieht Anna neckisch zu Elke hinüber. Anna weiß, dass sie bei ihrer Mutter sicher ist und gut gehalten wird.

Deshalb hat sie den Mut, sich auf Elke einzulassen und zu explorieren. Elke kann das Geschehen gut in Worte fassen und versteht den psychischen Zustand, indem sich Anna gerade befindet.

4.3.5 Die Entwicklungsförderung tritt in den Hintergrund und der Spaß tritt in den Vordergrund

4.3.5.1 In Szenen am AKH

Die Mutter ist sehr getrieben, die Rückschläge, die Anna erfahren musste, zu kompensieren und aufzuholen. Sie versucht jede erdenkliche Förderung zu organisieren und zu erhalten. Langsam kann sie durch die Therapeutin und die Frühförderin, die sie immer wieder daran erinnern, wie klein Anna war und welche tollen Fortschritte sie bis jetzt gemacht hat, erkennen, dass Anna wirklich schon erhebliche Fortschritte gemacht hat. Sie löst sich von der Idee, Anna müsse schon viel weiter sein für ihr Alter, selbst wenn es korrigiert ist. Sie kann sich besser auf ihre Tochter und deren Tempo einlassen und auch stolz darauf sein.

In der unten beschriebenen Szene der ersten Beobachtung liegt Anna noch die ganze Zeit am Rücken und greift hauptsächlich mit der rechten Hand. Sie macht noch keine Anzeichen sich zu drehen, bzw. zu krabbeln.

Sabine sagt zu ihrer Tochter: „Und wenn du dich dann auf den Bauch drehen kannst, dann kannst du auch bald sitzen.“ Elke sagt: „Ja, da kommt vorher aber noch das Herschieben und das Krabbeln und dann sitzt du.“ Sabine sagt, das Alter habe sie ja jetzt, wo andere schon sitzen. Elke meint, sie sei aber noch viel kleiner und mache sich ja eh sehr gut. (1. Beo, Z. 142-147, 6kM+3W)

Die Mutter ist sehr ungeduldig mit Anna und meint, nur weil sie nun das Alter hätte, wo andere Babys schon sitzen, müsse sie das jetzt auch bald können. Die Mutter kann in dem Moment gar nicht rational denken und ist ganz in ihr Wunschdenken vertieft, dass Anna bald sitzen und krabbeln könne, obwohl sie sich noch kaum auf die Seite dreht. Die Therapeutin versucht diplomatisch zu vermitteln und die Mutter auf die tollen Fortschritte aufmerksam zu machen, die Anna bis jetzt schon geleistet hat. Förderung steht an erster Stelle, für Spaß ist noch kein Raum vorhanden.

In folgender Szene bereitet die Mutter Anna für die Therapie vor und bemerkt dabei einen Fleck an Annas Wange. Sie holt ein feuchtes Tuch und wischt Anna die Wange ab. Dazu muss sie Anna ein Stück weiter hinten am Wickeltisch ablegen, damit sich nicht runterfallen kann.

Sabine schiebt Anna an den Beinen etwas weiter nach hinten auf dem Tisch und holt ein feuchtes Tuch. Sie zieht Anna an einem Bein wieder zu sich her, wodurch Anna etwas seitlich gedreht wird. Sabine wischt Anna die Wange ab, diese raunzt etwas. „Ich weiß, das magst du nicht, wenn ich dir das Gesicht abwische, Maus!“ sagt Sabine. Als sie fertig ist, schiebt sie Anna wieder nach hinten am Tisch und wirft das Tuch weg. Anna sieht ihrer Mutter nach und muss sich dazu etwas verdrehen. Sabine kommt wieder näher und zieht sie wieder an den Beinen zu sich heran. Sie macht dabei TSCHUUUUU Laute und lacht. Sie küsst ihre Tochter auf den Bauch. Anna muss lächeln und versucht wieder die Haare ihrer Mutter zu fassen. (10. Beo, Z. 126-135, 9kM+3W)

Die Mutter ist nicht mehr so sehr auf Förderung konzentriert und kann auch mit Anna spielen und Spaß haben. Anna genießt es sichtlich, wenn ihre Mutter mit ihr spielerisch interagiert. Die Mutter macht aus der unangenehmen Tätigkeit die Wange abzuwischen eine nette Spielsituation, die Anna erfreut.

In dieser Szene zeigt die Therapeutin der Mutter eine Übung vor, die sie mit Anna zu Hause nach machen soll, um die Bauchmuskeln zu trainieren.

Da meint die Therapeutin, das sei eine gute Übung, damit sie den Hintern nach oben streckt. Sie zeigt Sabine, dass sie Anna die Beine auf den Boden aufstellen soll beim Wickeln und Anna dann den Hintern hebt. Sie motiviert das Baby kurz und dann hebt Anna wirklich den Hintern. Ja super!“ ruft Elke. Sie wiederholt die Übung ein paar Mal. „Das ist gut für die Bauchmuskeln“, sagt Sabine und legt sich neben Anna, um die Übung mitzumachen. „Ja und für den Po“, sagt Elke. (10. Beo, Z. 151-157, 9kM+3W)

Die Mutter beobachtet die Übung aufmerksam und legt sich dann neben Anna, um mit ihrer Tochter gemeinsam zu trainieren. Anna bekommt so das Gefühl vermittelt, dass sie nicht alleine auf der Matte liegen muss und passiv Übungen über sich ergehen lassen muss, sondern ihre Mutter mit ihr trainiert und Spaß dabei hat. Dies motiviert Anna zusätzlich. Weil sie die Übung so gut mitmacht, wird sie von der Therapeutin auch sehr gelobt.

4.3.5.2 Beim Spiel zu Hause

Anna ist so geschickt im Umgang mit ihrer Mutter, ihr zu zeigen, wann ein Spiel lustvoll sein kann. Die Mutter ist hat den Anspruch ständig zu fördern. Langsam tritt das tägliche Training etwas in den Hintergrund und das lustvolle Spiel kann in den Vordergrund rücken. Die Mutter kann das gemeinsame Spiel schließlich auch genießen.

Diese Szene stammt aus der 10. Beobachtung. Davor waren kaum spielerische Szenen zu beobachten, weil die Förderung noch sehr im Vordergrund stand.

Sabine nimmt Anna hoch und hält sie über ihren Kopf wie ein Flugzeug. Anna muss lachen. Sie bekommt einen roten Kopf, weil sie etwas kopfüber hängt. Sabine nimmt sie herunter auf ihren Schoß

und lässt sie dann wieder über ihren Kopf hin und her kreisen. Anna gefällt das sichtlich. (10. Beo, Z. 153-156, 10kM)

Die Mutter erkennt, dass Anna in Stimmung ist zu spielen und hält sie über ihren Kopf wie ein Flugzeug. Das gefällt Anna sichtlich und sie lacht dabei. Die Mutter-Kind-Interaktion hat spielerische Elemente dazu gewonnen, die davor nur wenig zu beobachten waren.

In der folgenden Szene hat die Mutter schon ein besseres Verhältnis zur Frühförderin und kann deswegen auch ihre Spiele annehmen und sie wiederholen.

Die Mutter betrachtet Anna kurz und meint dann: „Sollen wir das Füßelied von der Frühförderin singen?“ Sie nimmt beide Beine von Anna und beginnt ein Lied mit Bewegungen zu den Beinen zu singen. Anna lauscht aufmerksam. Ich denke mir, dass dieses Lied gut ist, um Anna auf ihre Beine aufmerksam zu machen, weil sie die bis jetzt noch nicht im Blickfeld hat. Die Mutter wiederholt das Lied noch zweimal und lächelt Anna an. Auch Anna scheint Spaß zu haben und lächelt. (11. Beo, Z. 29-35, 10kM)

Diese Sequenz ist ein schönes Beispiel dafür wie Förderung und Spiel verbunden werden können. Anna lauscht aufmerksam dem Lied und spürt die Bewegungen, die mit ihren Beinen gemacht werden. Die Mutter hält die Beine auch hoch in Annas Blickfeld, damit Anna eine Idee ihrer Beine bekommen kann und diese langsam in ihr Körperbewusstsein treten.

In der folgenden Szene entwickelt sich aus einer Füttersituation, in der die Mutter eine Stoffwindel benutzt, eine schöne Spielszene.

Dann nimmt die Mutter eine gelbe Stoffwindel, die daneben liegt und meint: „Spielen wir Geist?“ Sie wirft Anna die Windel über den Kopf und zieht sie wieder weg. Anna sieht mich an, wenn die Windel vom Kopf weg ist. Die ersten paar Mal zieht Anna die Windel nicht selbst weg. Dann holt sie sie auf einmal mit einem raschen Handgriff von ihrem Kopf. Sabine meint fröhlich: „Ja, genau, zieh sie selbst weg.“ Das wiederholen die beiden einige Male. Anna zieht sich ziemlich geschickt mit beiden Händen die Windel vom Kopf. Sie dreht dabei oft den Kopf unter der Windel in meine Richtung, sodass sie mich ansieht, wenn sie wieder freie Sicht hat. (13. Beo, Z. 55-63, 10kM)

Die Mutter hat einen kreativen Einfall und wirft Anna die Windel über den Kopf. Das Spiel „Wo ist die Anna?“ „Da bist du“, wiederholt sie einige Male. Anna hat Spaß dabei und zieht sich die Windel nach anfänglichem Zögern selbst rasch vom Kopf. Unter der Windel dreht sie ihren Kopf immer in meine Richtung. Dies lässt darauf schließen, dass sie sich sicher genug fühlt bei ihrer Mutter, um jemand dritten in ihr Spiel zu integrieren. Sie beweist hier schon großen Mut.

4.3.6 Das Baby nimmt sich selbst wahr

4.3.6.1 Durch eigeninitiatives Spiel

Anna ist durch ihre zu frühe Geburt und die darauf folgenden Operationen in ihrer Entwicklung sehr verzögert. Ihre Beine bewegt sie lange Zeit, wenn überhaupt, nur wenig. Sie bringt sie noch nicht hoch in ihr Blickfeld und greift auch nicht danach, da ihre Bauchmuskeln durch die Operationen sehr geschwächt sind. Anna behilft sich anderer Instrumente, um sich wahrzunehmen. Sie hat ihre Hände, die nicht eingeschränkt sind und exploriert damit die Welt. Trommeln, klopfen, greifen und klatschen sind die Möglichkeiten, die Anna zur Verfügung stehen. Anna liebt es, auf dem Tamburin am AKH zu trommeln. Sie schaut und horcht aufmerksam den Geräuschen, die sie selbst produzieren kann. Zu Hause hat sie auch Trommelinstrumente, die ihre Eltern für sie gebastelt haben.

In der nachfolgenden Szene am AKH liegt Anna über dem Knie der Therapeutin in Bauchlage und betrachtet sich im Spiegel. Sie wirkt sehr interessiert und aufmerksam.

Elke kniet auf ihren Oberschenkeln und lässt Anna über ihr Knie baumeln. Anna bewundert sich im Spiegel und schließt ihre Hände auf und zu, als wolle sie winken, worauf Elke ihr Spiegelbild angreift und anklopft. Sie gibt hin und wieder die Krächzlaute vom Wickeln von sich. Sabine kommentiert dies und sagt, das mit den Händen mache sie jetzt seit kurzem. (1. Beo, Z. 63-67, 6kM+3W)

Anna hat nicht die motorischen Fähigkeiten, zu dem Spiegel zu gelangen. Sie öffnet und schließt die Hände rasch und zeigt so ihr großes Interesse und die Aufregung. Die Therapeutin berührt stellvertretend für Anna das Spiegelbild, um ihr zu zeigen, dass hier kein zweites Baby ist, sondern ein Spiegel.

In der folgenden Sequenz am AKH erinnert sich die Mutter, dass Anna so gerne mit dem Tamburin spielt und holt es für Anna.

Dann sucht die Mutter nach dem Tamburin. Anscheinend hat es Anna recht gut gefallen beim letzten Mal. Ich sehe es an der Wand und gebe es Sabine. Sie bedankt sich. Anna verfolgt unsere Handgriffe und beginnt sofort darauf zu klopfen, als sie es in die Finger bekommt. Die Trommelseite des Tamburins ist verspiegelt, sodass Anna sich dabei sehen kann. Mit viel Eifer klopft sie wild abwechselnd mit einer, dann mit beiden Händen auf das Tamburin. Da kommt Elke in den Raum und ist erstaunt, dass Anna sich schon so wohl fühlt heute. Sie tritt näher heran und setzt sich auf die Matte zu Sabine und Anna. Anna blickt sie an, hört aber nicht auf zu trommeln. Sie scheint heute sehr gut gelaunt. (10. Beo, Z. 53-61, 9kM+3W)

Anna nimmt das Tamburin gleich an und beginnt darauf zu trommeln. Es gibt ihr die Möglichkeit, Krach zu machen und sich auszudrücken. Weil sie keine kräftige Stimme besitzt um sich auszudrücken, benutzt sie das Instrument stellvertretend. Durch das

Klopfen kann sie sich wahrnehmen und spüren. Sie erfährt, dass sie etwas ganz alleine nur mit ihren Händen erzeugen kann, nämlich Klänge.

In der unten beschriebenen Szene zu Hause weiß die Mutter um Annas Vorliebe für das Trommeln und bastelt ihr eine Trommel aus einer Plastikdose mit durchsichtigem Deckel, in die sie Glöckchen legt.

Als Sabine ihr eine Plastikdose mit Glöckchen darin hinstellt, beginnt Anna darauf zu trommeln, wie auf einem Tamburin. Sabine stellt ihr auf das selbst gebastelte Tamburin einen Becherturm, der jedoch nicht aufgebaut ist, sondern ineinander steckt. Anna trommelt etwas, schaut dann auf die Becher, die vom Plastiktamburin hinunterfallen und sieht wieder mich an. (13. Beo, Z. 49-53, 10kM)

Das Trommeln dominiert einige Beobachtungen. Anna liebt es und kann sich dabei ausdrücken und wahrnehmen. Sie hört die Klänge, die sie mit ihren Händen erzeugen kann. Es fasziniert sie und sie wird nicht müde, das Trommeln zu wiederholen. Die Mutter erkennt Annas Trommelvorliebe und spricht davon, Anna ein eigenes Tamburin für zu Hause zu schenken.

4.3.6.2 Durch äußern von Lust und Unlust

Anna scheint ein sehr zufriedenes Baby zu sein. Zu Beginn der Beobachtungen äußert Anna nur ganz selten ihren Unmut. Für einen Außenstehenden ist es kaum zu erkennen, wie Anna sich fühlt. Sie beginnt zu weinen, doch es ist kein Schluchzen zu hören. Die Tränen laufen über die Wangen. Nur ab und zu krächzt Anna einen schwachen Schluchzer, um dann wieder tonlos und verzweifelt ihr Gesichtchen zu verziehen. Lust äußert Anna auf unterschiedliche Weise. Sie lächelt, bewegt ihre Arme und Hände heftig und ihre Augen beginnen zu strahlen.

In der nachfolgenden Szene am AKH muss Anna eine anstrengende Übung in Bauchlage machen, die ihr große Schwierigkeiten bereitet.

Annas Kopf droht immer umzukippen, sie hat Mühe das Gleichgewicht zu halten. Ihr Jammern und Krächzen wird immer lauter. Langsam dreht Elke Anna wieder auf den Rücken. Sie rudert wild mit den Armen. (2. Beo, Z. 77-79, 7kM)

Anna drückt ihren Unmut sehr dezent aus. Andere Babys würden wohl lauthals schreien und strampeln. Weil Anna nur leise krächzt, braucht es eine feinfühligke Therapeutin, die Annas Zustand erkennt und gut einschätzen kann. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Anna überfordert wird und keine Ruhephasen bekommt. Trotzdem hat Anna hier klar demonstriert, dass es ihr zu viel ist. Sie ist auch verstanden worden, weil eine Erholungspause folgt.

In der unten beschriebenen Szene am AKH soll Anna mit ihren Händen nach ihren Beinen greifen. Dazu hält die Therapeutin Annas Beine vor deren Gesicht und klemmt dazwischen ein Plastiksackerl ein, das Anna schon oft sehr interessiert hat.

Dann nimmt Elke das Sackerl vom Fuß runter und klemmt es zwischen beiden Fußflächen ein. Anna greift nicht mehr nach dem Sackerl. Sie gibt Laute wie eieiei von sich und Elke sagt: „Fängst du schon an, mit mir zu plaudern?“ (3. Beo, Z. 117-120, 7kM+2W)

Anna hat keine Lust mehr nach ihren Beinen zu greifen und bringt selbst ein neues Element ins Spiel, nämlich das Brabbeln. Elke ist davon überrascht und geht auch gleich darauf ein, dass Anna mit ihr zu plaudern beginnt.

In der folgenden Szene am AKH verlässt die Mutter den Therapieraum, während Anna bereits stark fremdelt. Als Anna das Verschwinden der Mutter bemerkt, beginnt sie laut zu schluchzen und lässt sich durch nichts mehr beruhigen.

Elke nimmt sie hoch und versucht, sie durch unterschiedlichste Spielsachen abzulenken und zu trösten. Sie spricht sanft auf sie ein, was denn so schlimm sei und dass die Mama ganz sicher wieder kommen werde. Nichts beruhigt Anna. Sie krächzt so heftig, dass sie nicht mehr ordentlich atmet. Elke klopft ihr sanft auf die Lunge, so als würde sie sie daran erinnern, zu atmen. Als das nichts hilft, steht sie mit ihr auf und schaukelt sie hin und her. Anna beruhigt sich etwas, weint allerdings weiter. „Da ist aber nicht viel mit dir anzufangen in der Therapie in letzter Zeit, Mädel“, sagt sie. Anna wird fest von der Therapeutin gehalten, sie wehrt sich auch nicht dagegen. Als Anna etwas ruhiger ist, setzt sich Elke wieder auf die Matte. Sie setzt sie in ihren Schoß und holt eine Silberkette mit kleinen Kugeln dran. Anna will von der Kette nichts wissen, obwohl sie schon oft sehr interessiert damit gespielt hat. Sabine kommt endlich wieder und Anna schaut sie flehend an. Sabine ist etwas überrascht, dass Anna so weint und nimmt sie gleich zu sich. Sie tröstet ihre Tochter sanft. Anna beruhigt sich sichtlich. (9. Beo, Z. 82-95, 9kM+1W)

Anna bleibt ganz bei ihrer Verzweiflung und lässt sich durch kein Spiel der Therapeutin ablenken, obwohl diese nicht aufgibt und ihr viele verschiedene Spielsachen anbietet. Elke versucht, Anna festen Halt zu geben, der zwar nicht abgewiesen wird, aber nicht merklich hilft, über die Verzweiflung hinweg zu trösten, dass die Mutter nicht da ist. Als endlich die Mutter wieder kommt, flüchtet sie in deren rettende Arme und beruhigt sich sofort. Es ist schade für Anna, dass die Mutter oft aus dem Raum geht. Sie muss ständig um die Mutter weinen und kann den therapeutischen Übungen keine Aufmerksamkeit schenken.

4.3.7 Die Mutter erlebt die Interaktion und die Kommunikation mit den unterstützenden Personen auf unterschiedliche Weise

4.3.7.1 Die Therapeutin vom AKH

Die Familie kennt Elke seit Anna im Krankenhaus auf der Intensivstation war. Die Mutter hat ein sehr gutes Verhältnis zu der Therapeutin. Elke schafft es, der Mutter

Übungen zu zeigen und auf gekonnte Weise Kritik zu üben, ohne der Mutter zu nahe zu treten. Sie spricht Anna an und mahnt sie, vorsichtig zu sein, meint aber eigentlich die Mutter dabei. Die Mutter hat die Möglichkeit Fragen zu stellen, die sie beschäftigen. Die Therapeutin holt die Mutter auch immer wieder auf den Boden der Tatsachen zurück, wenn sie schon zu ungeduldig mit Anna wird und ihre Fortschritte nicht sehen kann.

In dieser Szene am Ende der Therapiestunde geht die Therapeutin noch einmal die Übungen mit der Mutter durch, die sie bis zum nächsten Mal mit Anna üben soll.

Dann erklärt Elke Sabine, welche Übungen sie in den nächsten Wochen machen soll, damit Anna sich mehr über die linke Seite dreht. Sabine fragt, was Elke mit Anna mache, weil sie nach den Therapiestunden zu Hause den ganzen Tag immer merklich gerader da liege. Elke zeigt ihr, welche Muskeln sie stimulieren muss und streicht über Annas Bauch quer mit der flachen Hand. „Du musst ihr zeigen, dass sie da Muskeln hat, die sie benutzen kann“, sagt sie zu Sabine. (3. Beo, Z. 138-143, zkM+2W)

Die Therapie bietet nicht nur für Anna die große Chance ihre körperlichen Defizite aufzuholen, sondern ist auch für die Mutter eine gute Gelegenheit, um die Übungen zu lernen und zu Hause zu wiederholen. So ist ein weitaus größerer Trainingseffekt zu erreichen. Weiters hat die Mutter die Möglichkeit, der Therapeutin Fragen zu stellen zu den unterschiedlichsten Themen, die sie beschäftigen. Elke gibt der Mutter Antworten und gleichzeitig kann sie Unsicherheiten aus dem Weg schaffen.

In der folgenden Szene am AKH wird wieder die Ungeduld der Mutter deutlich und die Therapeutin versucht sie zu ermutigen.

Elke umhüllt mit dem Sackel Annas Hand. Sie führt die Hand zum Mund und steckt sie hinein. Wieder dreht Anna sich gekonnt auf den Bauch und geht in den Stütz. Elke sagt, das sei ganz toll und Voraussetzung für das Krabbeln. „Andere Kinder machen das im fünften Monat und du im siebten korrigiert.“ Sabine sagt leise: „Im achten.“ Die Therapeutin sagt trotzdem, dass es so toll sei und es langsam werde! Die Mutter fragt, was man tun könne, damit sie endlich krabbelt. Elke meint, das sei noch viel zu früh. Zuerst müsse sie sich ordentlich aufstützen, dann mit einer Hand abstützen wie gerade eben, dann komme das Schieben, dann das Robben und dann erst das Krabbeln. Sabine ist ungeduldig, die Therapeutin bemüht, sie auf den Boden der Tatsachen zu holen. (6. Beo, Z. 74-83, 8kM+2W)

Die Tatsache, dass Anna sich gekonnt vom Rücken auf den Bauch dreht und sich sogar mit den Händen aufstützt, ist schon eine große Leistung für Anna. Die Mutter übersieht diesen Fortschritt und denkt, dass Anna schon krabbeln sollte. Elke macht die Mutter sachte darauf aufmerksam, dass Anna große Fortschritte erreicht habe. Gleichzeitig führt sie aus, wie viele Schritte noch notwendig sind, bevor Anna krabbeln kann. Zuerst schieben, dann robben und schließlich krabbeln. Für Anna ist

es wichtig, dass die Therapeutin ihre Entwicklungsschritte erkennt und lobt, solange die Mutter sie nicht ausreichend bestätigen kann.

In der folgenden Szene wiederholt die Mutter eine Übung zum Aufsetzen von Anna, die ihr Elke zuvor gezeigt hatte. Das Baby wird hier seitlich über die Knie in den Sitz gebracht, indem die Mutter an den Händen mithilft.

Sabine nimmt sich Annas rechte Hand und versucht Anna in den Sitz zu bekommen. Dabei verdreht sie Annas andere Hand zu sehr, die Therapeutin greift ein und sagt: „Vorsicht meine Kleine.“ Sie mahnt zwar das Kind, obwohl die Mutter etwas falsch gemacht hat. Ich vermute, Elke wollte Sabine nicht direkt kritisieren. Elke übernimmt Anna und zeigt noch einige Male die Übung vor. (12. Beo, Z. 132-137, 10kM)

Die Mutter beherrscht die Übung noch nicht so gekonnt und verdreht Annas Hand. Die Therapeutin sieht aufmerksam zu und greift ein, bevor Anna verletzt wird. Mit den Worten: „Vorsicht meine Kleine“, spricht sie Anna an, gemeint ist aber die Mutter. Elke zeigt der Mutter die Übung noch einmal vor und übergibt ihr danach wieder ihre Tochter, um weiter zu üben. Die Mutter fühlt sich durch Elke nicht angegriffen und kann die Hilfe gut annehmen.

4.3.7.2 Die Frühförderin (FF) zu Hause

Die Mutter erlebt die Frühförderin anfangs als sehr passiv. Sie sieht nicht, dass die Frühförderin mit Anna arbeitet und hat stattdessen den Eindruck die Frühförderin sitze während der gemeinsamen Zeit nur neben Anna und würde sie nur betrachten. Während der Beobachtung, bei der Frühförderung, präsentiert sich mir ein ganz anderes Bild. Die Frühförderin ist sehr bemüht, Anna scheint sie auch zu kennen und zu mögen. Sie freut sich sichtlich, wenn die FF den Raum betritt. Die FF erkennt etwaige Defizite, die Anna aufweist und versucht die Mutter darauf aufmerksam zu machen. Die Mutter reagiert mit Trotz und will nicht hören, dass mit ihrer Tochter etwas nicht stimmt. Die FF merkt die Spannung und spricht die Mutter darauf an. Nach diesem Gespräch wird die Frühförderin von der Mutter nicht mehr negativ erwähnt. Die Mutter wiederholt sogar ihre Spiele.

In der folgenden Sequenz werden zwei Szenen vom AKH dargestellt, die aufzeigen sollen, dass die Mutter mit der Frühförderin nicht zufrieden ist und dies der Therapeutin gegenüber anspricht. Elke versucht einen diplomatischen Lösungsvorschlag zu bringen.

Die Mutter sagt zu Elke, wie toll sie die Übungen hier fände, weil die Frühförderin gar nichts mit Anna mache, außer neben ihr zu sitzen. (3. Beo, Z. 160-162, 7kM+2W)

Das Gespräch dreht sich wieder einmal um die Frühförderin. Sabine klagt, dass sie zu wenig mit ihrer Tochter mache. Elke sagt, das sei aber eher ungewöhnlich, weil man in dem Alter schon viel machen könne. Sie bietet Sabine an, dass die Frühförderin gerne einmal zusehen könne, wie sie Anna therapiert. Das sei durchaus üblich. Sie empfiehlt Sabine, bei der Organisation anzurufen und eine andere Frühförderin zu verlangen, weil es durchaus möglich sei, dass die Chemie zwischen den beiden Frauen nicht stimme. (5. Beo, Z. 112-118, 8kM+1W)

Die Mutter spaltet sehr zwischen gut und böse. Elke ist die gute Therapeutin und die Frühförderin ist die schlechte Therapeutin. Die Mutter ist nicht in der Lage zu sehen, dass die Frühförderin sehr gut auf Anna eingeht und sich mit ihr aktiv beschäftigt. Elke bringt den Vorschlag, dass die FF gerne einmal bei einer Therapieeinheit dabei sein könne. Dies zeigt, dass Elke sehr an einer interdisziplinären Zusammenarbeit interessiert ist, die im Endeffekt die bestmögliche Förderung für Anna bedeutet.

In der unten beschriebenen Szene ist die Frühförderin bei Sabine zu Hause und macht die Mutter darauf aufmerksam, dass Annas Stimme viel zu schwach für ihr Alter sei.

Die FF fragt Sabine, ob sie schon einmal mit einem Arzt darüber gesprochen habe, ob die Stimme von Anna noch voller werde. Sabine sagt, das komme von der Intubation und den Operationen, die die Bauchmuskeln geschwächt haben. Die FF meint, diese seien mittlerweile aber schon stärker und streicht Anna sanft über den Bauch. Sie fragt die Mutter, ob sie Anna schon einmal richtig schreien gehört habe. Sabine ist sichtlich beleidigt, schnappt sich Anna vom Boden und sagt: „Ich finde nicht, dass sie noch heiser ist, sie hat schon eine schöne Stimme.“ (6. Beo, Z. 144-148, 152-154, 8kM+3W)

Die Frühförderin ist um Annas Wohlbefinden bemüht und versucht die Mutter darauf aufmerksam zu machen, dass die Stimme kräftiger sein sollte. Die Mutter ist der FF gegenüber feindselig eingestellt und nimmt die Kritik persönlich. Folglich kann sie sie nicht annehmen und beendet die Diskussion auf unreife Weise, indem sie Anna vom Boden hochhebt und meint, Anna habe schon eine schöne Stimme. Daraufhin ist die FF sehr verärgert und das Gespräch wird unverzüglich beendet.

Die FF spricht die Spannungen zwischen ihr und Sabine an, worauf die Mutter eine überraschende Antwort gibt.

Sabine erklärt der FF wie sehr sie es genieße, dass sie komme, weil sie dann für kurze Zeit aus dem Alltag ausbrechen könne. Dass die Therapiestunde ganz angenehm sei, weil ihr manchmal die Decke auf den Kopf falle. (8. Beo, Z. 175-178, 8kM+3W)

Die Mutter tritt in Kontakt mit ihren Gefühlen und wird sich bewusst, dass die Frühförderin nicht nur Positives für Anna bewirkt, sondern auch für sie Abwechslung in den Alltag bringt. Diese Aussage stellt eine enorme Bestätigung für die FF dar, die sich bis dahin nicht sehr angenommen gefühlt hat. Ab diesem Gespräch, wird die FF kaum noch erwähnt und wenn, dann im positiven Sinn.

In der folgenden Szene am AKH möchte die Mutter das Füßelied der Frühförderin singen.

Sabine versucht das Füßelied von der Frühförderin zu singen, bleibt aber hängen. Sie erklärt Elke, dass das Lied von der Frühförderin sei. Diese antwortet mit einem interessierten „Aha.“ „Ja, jetzt wo ich gesagt habe, dass sie zu wenig mache, macht sie auf einmal ganz viel und bringt auch ganz tolle Spielsachen.“ (12. Beo, Z. 114-118, 10kM)

Die Mutter hat kein Problem mehr damit, Spiele der FF anzunehmen und auch nachzumachen. Sie probiert das Lied, das sich sehr gut eignet, um Anna ihre Beine ins Bewusstsein zu rufen, weil sie vor ihren Augen damit wedelt und die Beine einzeln im Lied benannt werden. Die Therapeutin ist ganz überrascht, dass die Mutter der FF gegenüber plötzlich so positiv eingestellt ist. Die Mutter erkennt dies und rechtfertigt sich, indem sie erklärt: „Ja, jetzt wo ich gesagt habe sie mache zu wenig, macht sie auf einmal ganz viel und bringt auch tolle Spielsachen.“ Die Mutter ist sich bewusst, dass sie der FF Unrecht getan hat und benennt dies auf indirekte Weise.

4.3.8 Resümee der Beobachtungen von Anna

Anna hat im Lauf des Beobachtungszeitraumes deutliche Fortschritte in ihrer motorischen Entwicklung machen können. Vorerst hob sie noch kaum ihre Beine und benutzte hauptsächlich ihre Hände. Durch die Therapie konnte sie sich später schon von der Rückenlage in die Bauchlage und wieder zurück drehen und auch schon frei sitzen.

Die Mutter war anfangs noch sehr bemüht um Entwicklungsförderung. Sie war sehr ungeduldig mit Anna und konnte ihre Fortschritte kaum erkennen, weil sie oft Vergleiche mit gleichaltrigen Babys anstellte und überwiegend die Defizite erkannte. Mit der Zeit wurde sie entspannter und konnte sich mehr auf Anna und ihren Rhythmus, sich zu entwickeln, einlassen. Sie konnte auch in Worte fassen wie stolz sie auf Annas kleine Fortschritte ist. Es entstanden sehr schöne und herzliche Szenen der Mutter-Kind-Interaktion, die auf eine gesunde und innige Mutter-Kind-Beziehung schließen lassen. Speziell durch das Fremdeln wurde deutlich, wie ungern Anna bei fremden Personen blieb und wie schnell sie sich in den schützenden Armen ihrer Mutter wieder beruhigte und danach auch bei der Therapie mitmachen konnte.

Insgesamt liegt Anna doch stark zurück in ihrer motorischen Entwicklung und braucht viele Monate länger, um etwas zu lernen als gesunde Babys. Trotzdem wächst sie in einer liebevollen Familie auf, die ihr jede Unterstützung zuteil kommen lässt, die möglich ist und ihr so hilft, ihre Defizite zu minimieren und ein möglichst normales und erfülltes Leben führen zu können.

4.3.9 Beispiel einer Beobachtung von Anna

11. Beobachtung Anna, Alter 12 M (korrigiert 10 M), Datum: 18.1.2010

Ich komme etwas vor zehn vor dem Haus an und klinge an der Tür. Nach einigen Sekunden macht mir Sabine die Tür auf. Ich begrüße sie fröhlich und sie erwidert den Gruß. Ich frage wie es ihnen gehe. Sabine sagt: „Ja, gut.“ Ich sage: „Schön.“ Ich ziehe Schuhe und Jacke aus und folge Sabine ins Wohnzimmer. Sie geht in die Küche und kocht Wasser. Ich gehe auf Anna zu und begrüße sie lächelnd. Sie liegt auf einer Decke am Boden und sieht mich interessiert an. Mir fällt auf, dass seit meiner letzten Beobachtung zu Hause die Möbel umgestellt wurden. Der Tisch steht nicht mehr unmittelbar vor der Couch sondern zwei Meter davor. Wo vorher der Tisch stand liegt nun Anna. Das Gitterbett wurde auch weggestellt an die Glaswand und steht nicht mehr so zentral im Raum. Ich setze mich auf meinen

gewohnten Platz und sitze nun seitlich über Annas Kopf, sodass sie sich verdrehen muss, um mich im Auge zu behalten. Anna liegt neben einer leeren Taschentuschachtel. Eine Silberkette vom Christbaumschmuck, wie sie sie auch immer am AKH hat, liegt quer über ihren Bauch. Eine grüne und eine gelbe Rassel liegen auch am Boden. Mir fällt gleich auf, dass Anna einen rosa Body anhat. Anna betrachtet mich angestrengt und öffnet energisch ihre Hände und schließt sie wieder. Sie rudert mit den Armen. Leise beginnt sie zu klagen. Sie schaut im Raum herum und zur Tür. Weil sie ihre Mutter nirgends entdeckt, beginnt sie langsam unruhig zu werden und schluchzt auch schon. Sie sieht mich immer wieder an und schaut dann durch den Raum. Eine Träne läuft ihr über die Wange. Da kommt Sabine mit meinem Tee herein und stellt ihn vor mich hin. Anna lässt sie nicht aus den Augen. Die Mutter setzt sich gleich zu ihrer Tochter auf den Boden und meint, dass sie ja eh da sei und dass sie ja nicht gleich wieder weinen brauche. Anna beruhigt sich sofort und sieht ihre Mutter an. Mich sieht sie gar nicht mehr. Die Mutter betrachtet Anna kurz und meint dann: „Sollen wir das Füßelied von der Frühförderin singen?“ Sie nimmt beide Beine von Anna und beginnt ein Lied mit Bewegungen zu den Beinen zu singen. Anna lauscht aufmerksam. Ich denke mir, dass dieses Lied hilfreich ist, um Anna auf ihre Beine aufmerksam zu machen, weil sie die ja bis jetzt noch nicht im Blickfeld hat. Die Mutter wiederholt das Lied noch zweimal und lächelt Anna an. Auch Anna scheint Spaß zu haben und lächelt. Ihre rechte Hand hält sie ganz starr mit offener Handfläche etwa im 110 Grad Winkel. Sabine fragt sie, was sie da mit der Hand mache und klopft in ihre Hand. Es wirkt wie „give me 5“. Sabine steht auf und holt eine Decke und einen bunten Steckturm. Sie setzt sich neben Anna und setzt sie auf. Während sie noch Annas Hand hält, damit sie nicht umkippt breitet sie hinter ihr die Decke aus. Dann lässt sie Annas Hand los. Sie bleibt gut alleine sitzen und schwankt auch nicht mehr hin und her. Anna scheint zufrieden. Sabine lächelt sie an und fragt sie, ob das gut sei so. Sie legt Anna die Taschentuschachtel auf den Schoß und lässt langsam die Silberkette darin verschwinden. Anna trommelt auf der Schachtel. „Das ist zwar kein Tamburin, aber trotzdem gut zum Trommeln“, sagt Sabine zu mir. Ich nicke. Anna trommelt auf die Schachtel und die Kette darin raschelt. „Und so toll zum Sachen verstecken“, sagt sie zu ihrer Tochter. Sie holt noch die beiden Rasseln dazu und steckt sie in die Schachtel. Anna klopft auf die Schachtel. Ihren Mund hat sie offen und die Zunge streckt sie etwas heraus. Sabine muss lachen und greift auf Annas Zunge. „Das ist aber nicht ladylike. Zunge rein. Zunge rein.“ Anna lächelt ihre Mutter an. Sie scheinen ganz vertieft in ihr Spiel und beachten mich gar nicht. Darüber bin ich sehr froh, weil die Situation dadurch authentisch wirkt. Ich nehme den Teebeutel aus meiner Tasse und hebe es an. Da klingelt der Löffel an der Tasse. Anna dreht sich sofort in die Richtung des Geräuschs und bemerkt mich. „Hast du da jetzt etwas gehört Mausi“, fragt Sabine. Anna betrachtet mich lang und skeptisch. Ich sage: „Ich glaube ich muss mich da rüber setzen, damit du dich nicht so verdrehen musst und mich besser im Auge behalten kannst.“ Mit diesen Worten wechsele ich auf eine andere Stelle der Couch, wo ich nun vor Anna sitze. Sie sieht mir dabei zu. Bald widmet sie sich wieder ihre Schachtel und beachtet mich nicht mehr. Den Mund hat sie unentwegt geöffnet. Mit den Händen klopft sie gut gelaunt auf die Schachtel. Sabine sitzt ihr gegenüber und strahlt sie förmlich an. Sie betrachtet ihre Tochter beim Spielen und redet mit ihr, wie toll das Trommeln sei und die Kette darin raschle. Dann erklärt sie mir, dass sie auf einen Anruf vom Kinderarzt warte, weil Anna die Einser Milch nicht mehr möge und sie ihn fragen möchte, ob sie schon auf die zweier Milch wechseln könne. Ich nicke interessiert. Sabine hebt eine Rassel auf und zeigt sie Anna. Sie erklärt mir, dass die ganz neu sei und vom Bipa Babyklub sei. Dann holt sie vom Couchtisch einen kleinen Katalog und erklärt mir, dass da Produkte drinnen seien für Babys, die man ermäßigt bekomme. Ich nicke wieder und sage aha. Anna beobachtet ihre Mutter und streckt ihre rechte Hand nach dem Katalog aus. Sabine gibt sie ihr. „Magst du lesen, Mausi? Nein, du willst es sicher in den Mund stecken, oder?“ Anna nimmt den Katalog und steckt gleich ein Eck in den Mund. „Aber den muss ich erst abwischen. Wer weiß, wer den schon aller in der Hand gehabt hat. Gibst du ihn mir noch einmal kurz?“ Sie nimmt Anna den Katalog noch einmal weg und steht auf in Richtung Küche. Anna sieht ihrer Mutter und dem Katalog gebannt nach. Als ihre Mutter durch die Tür ist, sieht sie gleich mich an. Sie betrachtet mich lang und wankt im sitzen etwas hin und her. Sie beginnt leise zu seufzen und sich zu beklagen. Da kehrt die Mutter schon zurück und setzt sich wieder zu Anna auf den Boden. Sie blättert kurz durch das Buch und reißt Seiten von Produkten

heraus, die sie am Nachmittag kaufen werden. Sie zeigt Anna einzelne Bilder, indem sie den Katalog umdreht und sie fragt, ob sie das möchte. Anna scheint komplett integriert in die Konversation. Ich werde gar nicht beachtet. Die Szene zwischen Mutter und Tochter finde ich sehr schön. Anna streckt öfter die Hand aus, um nach dem Katalog zu greifen. Als Sabine fertig ist mit durchblättern, gibt sie ihn Anna. Diese steckt gleich ein Eck in den Mund und beginnt zu sabbern. Die Mutter holt eine griffbereite Stoffwindel und wischt ihr gleich den Speichel ab. „Du sabberst, Mausi“, sagt sie. Anna ist ganz mit dem Katalog beschäftigt. Sabine erklärt mir, dass sich Anna selbst abgestillt habe. Für Anna sei das anscheinend in Ordnung aber sie selbst habe schon damit gehadert und sich gefragt, wie sie damit klar komme. „Hm, jetzt brauchst du mich gar nicht mehr, Mausi. Zumindest zum Essen“ Ihr Ton ist ganz wehmütig. Sie scheint traurig darüber. Ich frage mich, warum die Mutter so etwas sagt, und nicht merkt, wie dringend sie zur Zeit gebraucht wird und nicht für einen Moment den Raum verlassen darf, weil Anna sonst unruhig wird. Anna knabbert an dem Buch herum, da erklärt mir Sabine, dass sie schon selbstgekochte feste Nahrung isst. Bei der letzten Beobachtung war dies noch nicht der Fall. Sie habe am Wochenende ganz viel Gemüse gekauft und zu Brei gekocht. Bei diesen Worten fragt sie Anna, ob sie nicht lieber an einem Brot kauen möchte, als an dem Buch. Anna stößt einen tiefen Seufzer aus, als würde sie zustimmen. Da steht Sabine auf und geht in die Küche. Mit einem kleinen Stück Brot kehrt sie zurück und beißt selbst prüfend ab, ob es hart genug ist. Sie überreicht es Anna und diese nimmt es bereit an. Gleich steckt sie es in den Mund und beginnt es einzuspeicheln. Sabine betrachtet ihre Tochter und lächelt sie an. „Hm, ist das gut?“ Anna sieht ihre Mutter an und lutscht hingebungsvoll an dem Brot. Sie scheint es wirklich zu genießen, endlich neue Geschmacksrichtungen kennenzulernen. Nach einer Weile, Anna hat noch immer das Brot im Mund, beginnt die Mutter den Becherturm neben Anna aufzubauen. Als sie fertig ist, stößt Anna ihn gleich um, als wisse sie schon genau wie es geht. „Uiiiiiii“, sagt Sabine. Sie beginnt ihn wieder aufzubauen. Stellt aber zwei kleinere Türme vor Anna auf. Anna betrachtet das Ganze genau, lutscht aber nach wie vor am Brot. Das Kind greift nach einem Becher und holt ihn zum Mund. Sie versucht beides, Brot und Becher in den Mund zu stecken. „Das geht nicht, Mausi. Man kann nicht beides in den Mund stecken. Der Becher ist außerdem viel zu groß.“ „Das hab ich ihr auch schon mit der Schachtel erklärt“, sagt sie zu mir, „die wollte sie auch in den Mund stecken.“ Und wieder zu Anna: „Die passt auch nicht in den Mund von einem Pferd. Vielleicht in den von einem Nilpferd.“ Mir fällt auf, dass sie so einen Vergleich schon einmal verwendet hat mit einem Luftballon in einen Elefantenmund. Anna lässt den Becher und das Brot fallen. Sie rubbelt etwas ihre Augen, wobei sie sich Brotrümel auf der Nase verschmiert. Sabine wischt sie ihr weg und gibt Anna wieder das Brot. Diese scheint nicht mehr sonderlich interessiert daran zu sein. Anna raunzt etwas und sieht sich um. Die Mutter fragt Anna, ob sie etwas trinken möchte. Sie holt die Teeflasche vom Couchtisch und legt Anna um. Sie möchte ihr die Flasche in den Mund stecken, Anna verspritzt sich jedoch den Tee auf die Stirn. „Das geht nur so“, meint Sabine und holt sich Anna auf den Arm, um ihr den Tee zu geben. Das Baby trinkt jedoch nur halbherzig und spielt mehr mit der Flasche. Als Sabine ihr Bein ausstreckt stößt sie ihre halbvolle Teetasse auf dem Teppich um. „Oje, die Mama ist tollpatschig. Na gut, dass nicht mehr soviel drinnen war.“ Sie greift nach der Stoffwindel und drückt sie auf den Teefleck auf Annas Decke. Das Trinken gerät in den Hintergrund. Sabine setzt sich ihre Tochter auf den Schoß und rollt die Decke ein. Sie wischt unter der Decke den Teppich auf. Dann legt sie Anna auf die Rascheldecke, die auch ausgebreitet am Boden liegt. „Da kannst du erst wieder am Abend hin, Mausi.“ Sie erklärt mir, dass die nasse Decke die Fernsehdecke sei. Weil Anna, immer wenn ihr Mann und sie am Abend fernsehen, Anna auch schon ganz interessiert zugesehen habe. Und von hier aus sei der Couchtisch davor und sie könne nichts sehen. „So klein brauchst du noch gar nicht fernsehen!“ Dabei stupst sie Anna mit dem Zeigefinger auf die Nase. Sie verdreht Anna etwas und fragt sie, ob sie etwas turnen wolle. Sie macht die Beinübungen und ermutigt Anna sich auf den Bauch zu drehen. Anna geht zwar kurz in den Stütz, lässt sich aber gleich weiterrollen auf den Rücken. Sabine lacht und legt sich neben sie. „So ein Fauli bist du?“ Sie versucht es noch einmal, doch Anna will sich nicht drehen. Da setzt Die Mutter ihre Tochter wieder auf und breitet hinter ihr die Decke wieder aus. Sie holt die Taschentuchschachtel und stellt sie Anna auf den Schoß. „Kann ich dich kurz alleine lassen, ich hab nämlich nasse Socken vom Tee. Geht das? Nein? Oja, ich glaub schon.“

Sabine legt Anna noch die Teile vom Dosenturm in Griffweite und steht dann auf, um die Treppe hoch zu gehen. Anna kann sie nicht sehen, weil sie mit dem Rücken zur Treppe sitzt. Sie lauscht aber angespannt den Fußritten die Treppe hinauf. Dann sieht sie mich an und im Raum herum. Sie scheint unschlüssig, was sie jetzt tun soll. Wieder versucht sie Geräusche aus dem oberen Stockwerk einzufangen. Sie versucht sich ganz weit zu drehen, um auf die Treppe sehen zu können. Dazu müsste sie aber ihre Position verändern und das kann sie alleine noch nicht. Da kommt die Mutter die Treppen schon wieder herunter. „Die Gabi hat heute auch lustige Socken an“, sagt Sabine. „Ich hab auch lustige Socken mit Bären drauf“, sie zeigt sie Anna. Anna sieht nicht auf die Socken sondern trommelt auf die Taschentuschschachtel. Sabine legt Anna wieder um und möchte mir ihr turnen. Sie zeigt ihr, wie sie sich abstützen muss, um sich aus dem Liegen auf die Seite zu rollen und schließlich aufzusetzen. Anna macht nicht wirklich mit, trotzdem lobt sie ihre Mutter: „Gut Maus, hat schon gepasst. Ist schon gut so.“ Ich bin erstaunt, dass Sabine nicht mehr so ehrgeizig ist, und die Erfolge ihrer Tochter annehmen und genießen kann. Sabine zeigt auf ein Auto neben der Tür und meint, das habe Anna von der Omi zum Geburtstag bekommen. „Sollen wir das der Gabi zeigen?“ Sie steht auf und holt das Auto zu Anna heran. „Der Reinhard setzt sie da immer rein. Da schaut sie aber nur, obwohl das so viel kann.“ Anna greift mit der rechten Hand auf die Motorhaube des Autos. Sabine sieht Anna mit großen Augen an und drückt auf einen Knopf, sodass der Motor startet. „Sollen wir Gas geben?“ Sie drückt einen anderen Knopf und der Motor heult auf. Anna lauscht gebannt. Dann drückt die Mutter einen Knopf und La Cucaracha beginnt zu spielen. Die Bärenkühlerfigur beginnt zu tanzen. Anna betrachtet den Bär. Ihre Hand liegt etwas darunter. Als das Lied zu Ende ist, gibt Anna Ahhhh-Laute von sich. Wieder drückt Sabine einen Knopf und ein anderes Lied spielt. Wieder tanzt der Bär. Anna betrachtet ihn vergnügt. „Ja, das gefällt dir, hm?“ Anna möchte offensichtlich mehr. Sie greift auf den Bären. Als er wieder zu tanzen beginnt, hält sie ihn mit ihrer Hand auf und er bleibt hängen. „Nicht aufhalten, Maus“, sagt Sabine. Sie beginnt alle meine Entchen auf der Tastatur zu spielen. Anna ist ganz auf den Bären konzentriert. Sabine muss sich auf die andere Seite des Autos setzen, damit sie mit der rechten Hand die Tastatur spielen kann. Sie spielt noch vier weitere Kinderlieder. Dazwischen macht sie kurze Pausen und blickt Anna mit großen Augen an. Anna lauscht und betrachtet den Bären. Dann fragt Sabine, ob sich Anna da einmal rein setzen möchte. Sie hebt sie hoch und setzt sie in das Auto. Dabei bleibt Anna mit dem linken Bein am Lenkrad hängen. Sie beginnt zu krächzen. Sabine versucht ihr Bein zu befreien und stützt Anna auf ihren Kopf. Als Anna im Auto sitzt und Sabine meint wie toll das nicht sei, sieht Anna aus dem Fenster. Sabine schiebt sie durch den Raum, Anna wirkt jedoch nicht sehr glücklich. „Hm, beim Papa scheint dir das besser zu gefallen.“ Sie nimmt Anna wieder aus dem Auto und legt sie auf die Decke. „Geben wir das Auto weg?“ Sabine schiebt das Auto wieder zur Tür. Anna liegt auf der Decke und greift nach einem Turmbecher. Sie holt ihn zu sich und betrachtet ihn. Darin steckt ein zweiter Becher, der heraus kippt und auf Annas Wange stehen bleibt. Sie bleibt einen Moment liegen und beachtet den Becher gar nicht, sondern spielt weiter mit dem in ihrer Hand. Sabine setzt sich wieder zu ihr und muss lachen. Sie nimmt den Becher von Annas Wange und erklärt mir, dass sie auch schon einen am Kopf stehen hatte wie einen Hut. Sabine drückt Anna den Becher ans Ohr und fragt: „Was hörst du?“ Anna lauscht aufmerksam. Die Mutter meint, der Becher sei zu groß und sucht nach einem kleineren. „Der geht besser.“ Wieder hält sie den Becher an Annas Ohr und einen zweiten an das andere Ohr. Anna reibt sich die Augen. „Bist du schon müde, hm?“ Anna sieht ihre Mutter an. Sabine sieht auf die Uhr. Sie versucht Anna aufzusetzen, diese hält jedoch nicht das Gleichgewicht und lässt sich umfallen. „Ja, du bist schon müde.“ Anna hat den Mund offen und man kann gut ihre Zähne sehen. Sabine meint, wie gern Anna die selber putze. Sie steht auf und holt die Zahnbürste. Sie gibt sie Anna. Anna steckt die Bürste in den Mund und kaut daran. Dann hebt sie die Bürste mit der rechten Hand über den Kopf. „Hi, wie die Freiheitsstatue.“ Ich merke dass die Stunde schon zu Ende ist. Ich verabschiede mich von Anna und nehme ihre Hand mit meinem Daumen und Zeigefinger. Sie lächelt mich an. „Ja, jetzt lachst du. Am Anfang hast du noch geweint.“, sagt Sabine. Ich verabschiede mich auch von ihr und gehe.

4.4 Vergleich von Anna und Patrick in Bezug auf die Forschungsfragen

Zur Erinnerung werden hier noch einmal die zentralen Fragestellungen dieser Diplomarbeit aufgelistet:

1. Sind Eltern nach einem dramatischen Ereignis wie der Frühgeburt ihres Kindes in der Lage, für sich und das Kind Hilfe in Anspruch zu nehmen?
2. Sind sie in der Lage, Hilfe in Form von psychologischer Betreuung für sich selbst und Frühtherapie für das Baby anzunehmen?
3. Ist das erwähnte Angebot ausreichend vorhanden?

Die beiden Biografien sind sehr unterschiedlich. Es ist daher besonders interessant die Ähnlichkeiten und Unterschiede zu vergleichen.

Patrick kam schon in der 26. Schwangerschaftswoche zur Welt und hatte nicht mehr ausreichend Zeit, um eine vollständige Lungenreife erhalten zu können. Er kam wenige Stunden nachdem die Wehen einsetzten durch eine natürliche Geburt zur Welt. Trotz seiner extremen Frühreife atmete er gleich spontan und selbständig. Allerdings bereitete ihm die Atmung immer wieder Schwierigkeiten und er musste zweimal für einige Tage intubiert werden. Einmal musste er notoperiert werden, da ihm eine Infusion falsch gelegt wurde und sein Beingewebe schädigte. Daraufhin erlitt Patrick einen Atemstillstand, den die Mutter direkt miterlebte und sehr dramatisch in Erinnerung behielt. Patricks Mutter hatte sehr wenig Milch und musste daher nach einigen Wochen das Stillen und Milchabpumpen aufgeben und auf das Fläschchen umsteigen. Patricks Vater kümmerte sich in der Zeit sehr rührend um seinen Sohn und wurde dabei von seiner Lebensgefährtin nicht eingeschränkt. Sie konnte sich gut im Hintergrund halten und fühlte sich nicht abgedrängt. Das Baby wurde fast täglich physiotherapeutisch betreut. Erst als Patricks Atmung gleichmäßig über einen längeren Zeitraum ohne Alarmierung verlief, durfte er entlassen werden. Nach knapp fünf Monaten am AKH, durften die Eltern Patrick mit nach Hause nehmen und die Mutter konnte ihre Personalwohnung, die sie eigens in Wien gemietet hatte, wieder aufgeben. Die erste Zeit zu Hause gestaltete sich sehr schwierig, da Patrick große Eingewöhnungsprobleme in die neue Umgebung hatte und sehr viel weinte. Die Mutter schilderte diese Zeit als sehr anstrengend. Sie sei

am Rande ihrer Kräfte gewesen. Nach vier Wochen stellte sich bei Patrick und seiner Mutter ein Rhythmus ein und das Baby begann prächtig zu gedeihen und seine Rückstände in der Entwicklung aufzuholen.

Annas Mutter hatte in der 31. Schwangerschaftswoche, also fünf Wochen später als Patrick geboren wurde, zu Hause einen Blasensprung. Die Geburt konnte mittels medikamentöser Wehenhemmer noch drei Tage hinaus gezögert werden, um eine vollständige Lungenreifung zu ermöglichen. Anna wurde per Kaiserschnitt geboren. Ihr Zustand war sehr kritisch und sie trug durch die zu frühe Geburt erhebliche körperliche Handicaps davon. Sie bekam durch die enorme Unreife ihrer Organe eine Darminfektion, die eine häufige und schwere Komplikation für Frühgeborene darstellt. Vorerst konnte die Infektion medikamentös eingedämmt werden. Als sie wieder auftrat, musste Anna operiert und Teile ihrer Darmschlingen entfernt sowie ein künstlicher Darmausgang gelegt werden. Dieser wurde nach einigen Wochen zurück operiert. Die Überlebenschancen einer solchen Operation liegen bei etwa 50 Prozent. Mit diesem Wissen erklärte die Mutter, dass die Zeit, während Anna im Operationssaal lag, für sie kaum auszuhalten war und sie einen Nervenzusammenbruch erlitt. Sie fühlte sich unglaublich hilflos und verzweifelt. Annas Bauchmuskeln wurden bei dieser Operation durchtrennt, wodurch ihre körperliche Entwicklung sehr beeinträchtigt wurde. Anna konnte ihre Beine lange nicht anheben und blieb weit hinter der Entwicklung zurück. Es bereitete ihr enorme Kraftanstrengungen, sich von der Rücken- in die Bauchlage zu drehen oder selbständig zu sitzen. Durch die lange Intubation waren Annas Stimmbänder etwas verletzt worden und sie konnte lange Zeit nicht laut schreien, sondern musste sich auf ein leises Krächzen beschränken. Jemand, der Anna nicht kannte, hätte ihr Weinen gar nicht richtig gedeutet, da es oft tonlos, nur durch das Kullern von Tränen, geschah. Anna wurde von ihrer Mutter knapp ein Jahr gestillt. Die Mutter war traurig, als ihr die Milch langsam versiegte und versuchte Vieles, um den Milchfluss wieder anzuregen. Sie konnte sich lange Zeit nicht damit abfinden, dass Anna ihr eigenes Tempo in ihrer Entwicklung aufwies. Sie verglich Anna mit anderen Babys und bemerkte hauptsächlich ihre Rückstände. Anna wurde und wird sehr stark gefördert. Die Mutter ist sehr darum bemüht, ihrer Tochter jede mögliche Förderung zu Teil werden zu lassen, um ihre Rückstände aufzuholen.

4.4.1 Die Mutter-Kind-Interaktion

Patrick

Patrick wurde während der Zeit am AKH fast täglich von der Physiotherapeutin betreut. Sie besuchte ihn meist vormittags. Das Hauptaugenmerk der Therapie lag während des Beobachtungszeitraums darin, Verspannungen der Muskeln zu lösen, durch gezielte Massage das Lymphsystem zur Entgiftung anzuregen und Patrick zu helfen, seine Aufmerksamkeit zu konzentrieren und nicht ständig abzudriften. Anfänglich war Patrick noch sehr überfordert mit jeder Lageveränderung und ungewohnten Geräuschen und reagierte darauf mit weinen. Weiters legte die Therapeutin großen Wert darauf, Patrick das Gefühl von Halt zu vermitteln. Sie berührte ihn mit sanftem, aber bestimmten Händedruck, um ihm seine Körpergrenzen aufzuzeigen. Patrick lag sehr lange Zeit alleine in seinem Gitterbett und hatte vermutlich das Gefühl nicht gehalten zu sein. Er musste erst Strategien entwickeln, sich selbst Halt zu verschaffen. Der Schnuller war für Patrick ein bedeutendes Instrument, sich selbst zu halten. Er saugte über Monate sehr energisch, wenn er überfordert war und konnte sich so ein Stück selbst beruhigen. Verlor er den Schnuller, begann er zu zittern und zu weinen, bis er ihn wieder in den Mund bekam und sich rasch beruhigte. Patrick blickte meist nach rechts, weil er in seinem Gitterbett von rechts angesprochen wurde. Die Therapeutin versucht gezielt, ihn zu motivieren seinen Kopf auch auf die linke Seite zu drehen. Die Mutter führte anfangs die Übungen der Therapeutin bei ihrem Sohn nicht fort. Erst mit Fortschreiten der Therapie stellte sich die Mutter immer öfter fasziniert zu der Therapeutin und blickte ihr gespannt über die Schulter. Sie konnte viel Sicherheit im Umgang mit ihrem Sohn gewinnen. Sie lernte, wie sie mit Patrick interagieren und ihn gleichzeitig zum Trainieren und Lernen animieren kann. Die Therapeutin legte viel Wert darauf, der Mutter zu zeigen, wie sie Patrick richtig halten soll, um ihm die größtmögliche Sicherheit zu geben. Im Laufe der Beobachtungen ließen sich Szenen erkennen, in denen die Mutter die Übungen und Verhaltensweisen der Therapeutin in ihren Alltag adaptiert hatte.

Die Mutter hatte eine enorm tiefe und enge Beziehung zu ihrem Sohn und vertraute sehr stark in ihre Fähigkeiten. Sie war sich ihrer tiefen und innigen Zweisamkeit bewusst und hatte auch Vertrauen zu Patrick, dass sie diese schwierige Situation gemeinsam meistern können. Sie schaffte es, ihre innere Unruhe verbal zu äußern

und im selben Augenblick ihre ungeteilte Aufmerksamkeit Patrick zukommen zu lassen. Ihm gegenüber zeigte sie nie, wie gestresst und müde sie war. Sie kümmerte sich liebevoll und aufopfernd um ihren Sohn. Durch dieses enorme Vertrauen, das sie Patrick und seinen Fähigkeiten entgegen brachte, gab sie ihrem Sohn vermutlich emotionale Sicherheit, um gut gedeihen zu können. Es grenzt fast an ein Wunder, wie gut sich Patrick entwickelt hat. Selbst als Patrick noch oft mit Sauerstoff versorgt werden musste, weil er beim Schlafen nicht genügend Sauerstoff einatmete, hatte die Mutter genug Vertrauen zu ihm, mit ihm eine Autofahrt zu machen. Dabei schlug ständig der Alarm an und äußerte akute Lebensgefahr für Patrick. Dies brachte die Mutter dennoch nicht aus der Fassung. Sie weckte ihn liebevoll und mahnte ihn zu atmen. Dieses tiefe Vertrauen zeugte von sehr geringen Aggressionen der Mutter gegen ihren Sohn. Deshalb brauchte sie auch nicht zu fürchten, dass er sterben könnte.

Anna

Annas Mutter war zu Beginn der Beobachtungen sehr ungeduldig und konnte die Fortschritte ihrer Tochter nicht erkennen. Sie führte gewissenhaft die Übungen der Therapeutin und Frühförderin durch und folgte auch den Ratschlägen ihrer Psychotherapeutin. Die Mutter überforderte Anna teilweise und trainierte mehrmals täglich mit ihr. Dabei übersah sie die kleinen Fortschritte und konnte sich darüber auch nicht freuen. Ständig wurde Anna mit gleichaltrigen Babys verglichen und bemerkt, was Anna alles noch nicht konnte. Die Mutter hegte eine tiefe unbewusste Enttäuschung und Aggressionen gegen Anna, weil sie zu früh auf die Welt kam. Dies stellte für die Mutter vermutlich eine narzisstische Kränkung dar, weil sie ihr Baby nicht bis zum errechneten Geburtstermin im Bauch behalten konnte. Wir vermuten, dass dadurch unbewusste Aggressionen gegen ihr Kind entstanden, die wiederum Schuldgefühle auf Seiten der Mutter erzeugten. Die Mutter hatte große Angst, ihr Baby könnte sterben oder an einer Behinderung leiden, weil sich die Aggressionen in eben solchen unbewussten Wünschen ausdrückten. Anna brauchte nach der Geburt noch sehr viel Halt, den sie von ihrer Mutter nicht immer bekommen konnte, da diese mit der Situation stark überfordert war und von tiefen Schuldgefühlen geplagt, ständig das Gefühl hatte, ihrer Tochter nicht genug geben zu können. Der Nervenzusammenbruch, den die Mutter während der Operation an Annas Darm erlitt, lässt sich damit erklären, dass Annas Tod für die Mutter wie eine Bedrohung

gewesen sein muss, den Sinn in ihrem Leben zu verlieren. Sie schien weiters ein sehr strenges Über-Ich zu besitzen, da sie sich große Vorwürfe machte.

Die Mutter spaltete stark in gut und böse. Die Therapeutin erschien der Mutter als gute Person, während sie der Frühförderin kritisch gegenüber stand. In den Augen der Mutter bewirkte die Frühförderin nichts für Anna und saß eineinhalb Stunden pro Woche neben ihr, ohne sie zu fördern. Während der Beobachtung entstand ein ganz anderer Eindruck. Die unbewusste Spaltung diente der Mutter dazu, ihre eigenen Ängste des Versagens und Schuldgefühle auf eine andere Person zu projizieren, um mit der Situation ein frühgeborenes Baby bekommen zu haben, umgehen zu können. Die Spaltungstendenz der Mutter konnte durch das Fortschreiten von Annas Entwicklung gemildert werden.

Als Anna korrigiert etwa acht Monate alt war, begann sie sehr stark zu fremdeln. Sie wollte nicht mehr bei der Therapeutin bleiben, um mit ihr zu üben, sondern ständig in die schützenden Arme der Mutter flüchten. Erst wenn die Mutter sie etwas beruhigte und ganz nah neben ihr und der Therapeutin am Boden saß, konnte Anna für wenige Minuten der Therapie folgen. In den Armen der Mutter beruhigte sich Anna jedes Mal sehr schnell und flirtete mit der Therapeutin. Dies zeigt, dass Anna und ihre Mutter eine sehr ambivalente Mutter-Kind-Beziehung aufbauen konnten. Der Drang, so eng wie möglich bei der Mutter zu bleiben und Annas Problem von der Mutter getrennt zu sein, verwies auf eine unbewusst konflikthafte Beziehung zwischen Mutter und Baby. Anna hatte die unbewusste Vorstellung, sie dürfe sich nicht von der Mutter trennen, weil sie Angst hatte, ihre Mutter mit ihren aggressiven Phantasien zu verletzen.

Der Zwang zu fördern und zu trainieren ließ allmählich nach und wurde durch Spiele und Spaß aufgelockert. Die Interaktion veränderte sich zwischen Mutter und Baby. Die Mutter konnte in Worte fassen, wie stolz sie auf die kleinen Fortschritte von Anna war und hörte auf, sie ständig an gleichaltrigen Babys und deren Entwicklungsstand zu messen. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Ambivalenz der Beziehung weniger wurde.

4.4.2 Die motorische Entwicklung

Patrick

Patrick kam in der 26. Schwangerschaftswoche durch eine natürliche Geburt zur Welt und erhielt keine vollständige Lungenreifung mehr, da die Wehen bereits zu weit fortgeschritten waren. Trotzdem atmete er spontan und selbständig. Dr. Marina Marcovich (De Jong, Marcovich 2008, S. 43f) betont die Vorteile einer natürlichen Geburt, trotz der zusätzlichen Strapazen, die sich für das Fröhchen dadurch ergeben. Während des Pressens durch den engen Geburtskanal, werden Nervensystem, Atmung und Reflexe zusätzlich aktiviert. Die Flüssigkeit wird dabei aus den Lungen heraus gequetscht und erleichtert die Atmung unmittelbar nach der Geburt. (ebd.) Dieser Hintergrund bietet Raum für Hypothesen, ob die natürliche Geburt von Patrick für ihn sogar einen Vorteil bedeutet haben könnte, da seine nicht ausgereifte Lunge etwas Starthilfe durch das Durchpressen durch den engen Geburtskanal bekam.¹⁴

Während der Therapiestunden am AKH wurde der Schwerpunkt auf die Lockerung von Muskelverspannungen und das Aktivieren des Lymphsystems gelegt. Die Therapeutin massierte gleichzeitig Patricks Muskeln und animierte ihn beispielsweise, in Bauchlage seinen Kopf selbst für einige Sekunden zu halten. Die Atmung machte Patrick immer wieder zu schaffen. Er brauchte lange Zeit, bis er ohne zusätzlichen Sauerstoff auskam und keinen Alarm auslöste. Die Notoperation durch die falsch gelegte Infusion an seinem Bein und der daraus resultierende Atemstillstand, bedeuteten zusätzliche Rückschläge für seine Entwicklung. Er gedieh, trotz seiner enormen Frühreife gut und konnte zum Ende der Beobachtungen deutliche Fortschritte erkennen lassen. Im korrigierten Alter von 12 Wochen schaffte Patrick, sich ohne Hilfe von der Rücken- in die Bauchlage zu drehen und sogar einige Zeit in den Stütz zu gehen. Er reagierte verärgert, weil er es im Stütz noch nicht schaffte, sich nach vor zu bewegen. Die Physiotherapeutin stufte seine motorische Entwicklung zu dem Zeitpunkt sogar etwas vor seinem korrigierten Alter ein.

¹⁴ Der Einzelfallstudie sind hier Grenzen gesetzt und es können an dieser Stelle keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden. Eine weiterführende Forschung wäre aufgrund dieser Erkenntnisse in jedem Fall empfehlenswert, um die Auswirkungen einer spontanen Geburt, auf die Fähigkeit zu atmen und die Funktion der inneren Organe zu untersuchen.

Anna

Anna kam in der 31. Schwangerschaftswoche zur Welt. Sie war fünf Wochen länger im Bauch der Mutter, um zu reifen und sich zu entwickeln als Patrick. Die Geburt konnte nach dem Blasensprung noch hinaus gezögert werden, bis eine medikamentöse Lungenreifung durchgeführt werden konnte. Anna wurde mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Trotzdem hatte Anna schwere gesundheitliche Probleme und musste bereits einige Male operiert werden. Anna erwachsen daraus enorme Entwicklungsrückstände. Obwohl sie zum Ende der Beobachtungen schon wesentlich älter war als Patrick, bereitete ihr das Umdrehen von der Rücken- in die Bauchlage erhebliche Anstrengung. Die Therapeutin übte wochenlang mit Anna eine Bewegung und wiederholte sie geduldig. Anna war so stark gehandicapt, dass sie nicht wie gesunde Babys selbst explorieren konnte. Hätte ihr die Therapeutin nicht eine Übung mit einem Bewegungsablauf vorgezeigt, hätte Anna keine Idee dieser Bewegung bekommen können. Durch das oftmalige Üben schaffte Anna schließlich, nach Monaten beispielsweise, ihre Beine anzuheben und sich von der Rücken- in die Bauchlage zu drehen. Was bei gesunden Babys keine große Anstrengung bedeutet, war für Anna eine unglaublich große Leistung und bereitete den Eltern sowie der Therapeutin große Freude. Hier zeigt sich, wie individuell die Entwicklung von Frühgeborenen verläuft und wie wichtig die Physiotherapie ist.

Annas Stimmbänder wurden durch die Intubation verletzt und sie hatte keine laute Stimme, sondern musste sich auf ein Krächzen beschränken. Weil Anna sich nicht verbal ausdrücken konnte und auch in ihrer Motorik so stark eingeschränkt war, entdeckte sie für sich das Trommeln. Sie klopfte mit großer Begeisterung auf ihre Trommel und erfreute sich daran, ein Ausdrucksmittel zu haben, sowie ihre Körpergrenzen zu erfahren. Sie hatte ein Instrument gefunden, mit dem sie sich ausdrücken konnte.

Es lässt sich an dieser Stelle nicht genau ergründen, woran es lag, dass Anna im Vergleich zu Patrick in ihrer Entwicklung derart benachteiligt war. Fakt ist, dass beide Babys im selben Krankenhaus von denselben Ärzten und Schwestern betreut wurden. Die medizinische Grundversorgung war die gleiche. Als Begründung könnte gemutmaßt werden, dass Annas Mutter weniger Vertrauen in Annas Fähigkeiten hatte wie Patricks Mutter in ihren Sohn. Dadurch wurde Anna in ihrer Entwicklung und Genesung gehemmt. Die Persönlichkeit des Babys spielt eine zusätzliche Rolle, wie es mit der jeweiligen Situation klar kommt und die schwierigen Ereignisse, besser oder schlechter, verarbeiten und kompensieren kann.

Es zeigt sich sehr deutlich, dass das Geburtsalter, das bei Anna um fünf Wochen später war, nicht unbedingt den ausschlaggebenden Indikator für die Entwicklung darstellt. Obwohl Patrick viel kleiner und unreifer war, entwickelte er sich enorm schnell und holte alle Rückstände auf. Im Vergleich zu Patrick war Anna, trotz ihres Alters, durch die längerfristige Intubation und die Infektion des Darms stärker beeinträchtigt und erlitt daraus große Entwicklungsverzögerungen. Patrick hatte das Glück, zwar klein und unreif, aber ansonsten gesund zu sein. Ob Anna eine längerfristige körperliche Behinderung davon tragen wird, lässt sich zum Zeitpunkt des Beobachtungsabschlusses noch nicht sagen. In jedem Fall wird sie in ihrer körperlichen Entwicklung die nächsten Jahre noch stark verzögert bleiben.

4.4.3 Die Bewältigungsstrategien der Eltern

Patrick

Die Eltern von Patrick schienen die Situation der Frühgeburt außerordentlich gut und kompetent zu meistern. Obwohl die Mutter für fast fünf Monate nicht zu Hause war und ihren Lebensgefährten nur sah, wenn er nach Wien zu Besuch kam, schien diese enorme Belastung für sie gut aushaltbar. Der Vater schien der Mutter, obwohl er nicht täglich physisch anwesend sein konnte, eine große Stütze zu sein und er konnte darauf vertrauen, dass sie seinem Sohn die bestmögliche Pflege zukommen lassen würde. Dies zeugte von großer Qualität der elterlichen Beziehung und bedeutete einen weiteren positiven Aspekt in Patricks Entwicklungsverlauf.

Der Entlassungstermin von Patrick aus dem AKH musste mehrmals verschoben werden, da Patricks Atmung und sein Blutdruck wieder Unregelmäßigkeiten aufwiesen. In der ersten Zeit zu Hause hatte Patrick große Schwierigkeiten, sich einzugewöhnen und weinte sehr viel. Die Mutter erzählte, dass er kaum essen wollte und sie sehr verzweifelt war, weil sie nicht mehr wusste, was sie noch versuchen könnte. Die Tatsache, dass Patrick zum Entlassungstermin wieder Rückschritte in seiner Entwicklung machte, lässt auf die große unbewusste Angst der Mutter schließen, zu Hause auf sich alleine gestellt zu sein und nicht, wie am AKH, von dem Pflegepersonal emotional gehalten zu werden. Die Mutter hatte sich wohl erst zu Hause große Sorgen um Patrick gemacht, (auch wegen der Tatsache, dass das AKH im Notfall eine Autostunde entfernt lag) und diese Unruhe auf ihren Sohn übertragen.

Als die Beobachtungen nach einem Monat fortgesetzt wurden, präsentierte sich mir ein völlig anderes Bild, als das von der Mutter beschriebene. Patrick war gut gewachsen und ein munteres, gut gelauntes Baby. Die Mutter konnte das noch nicht sehen. Sie stand noch zu sehr unter Druck, ihr Baby müsse wachsen, damit es kräftiger und robuster werde. Sie nötigte Patrick teilweise dazu, sein Fläschchen auszutrinken, obwohl dieser schon mehrmals deutlich zeigte, dass er genug habe. Mehr als Essen, interessierte er sich an seiner Umwelt und begann sie zu explorieren. Er zeigte seiner Mutter immer deutlicher, dass er stark sei und er lieber mit ihr spielen wolle, als zu essen. Die Mutter kannte bis dahin nur den Überlebenskampf und freute sich sehr über die neue Qualität ihrer Beziehung, die von Freude, Spiel und Spaß erfüllt wurde.

Diese Eltern hatten so großes Vertrauen ineinander und halfen sich gegenseitig die schwere Situation durchzustehen, dass sie Hilfe von außen kaum für nötig hielten. Die Mutter erwähnte, dass sie die Physiotherapie für Patrick nicht mehr für nötig halte, sobald seine Ausscheidungsorgane ordentlich funktionierten. Die Physiotherapeutin am AKH konnte sie davon überzeugen, zu Hause die Therapie im Krankenhaus vor Ort fortzusetzen. Eine psychologische Betreuung für sich hielt die Mutter nicht für hilfreich und notwendig. Eine mobile Kinderkrankenschwester hatte sie zwar beantragt, nachdem sich keine fand, beschloss sie, genug Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten zu setzen, um die Situation zu Hause alleine mit ihrem Lebensgefährten meistern zu können. Die Mutter hatte das Gefühl, Patrick brauchte diese Unterstützung gar nicht, weil er sich so prächtig entwickelt hatte. Sie kannte auch das Angebot der mobilen Frühförderung nicht. Es zeigte sich ein deutliches Gefälle zwischen dem Angebot in der Stadt und dem ländlichen Bereich. Während es in Wien und Umgebung kein Problem ist, beispielsweise eine mobile Kinderkrankenschwester anzufordern, sind die Organisationen im ländlichen Bereich nur bedingt bereit, den Mehraufwand an Zeit und Fahrtkosten zu übernehmen. Dies geht zu Lasten der betroffenen Familie, weil sie Unterstützungssystemen gegenüber misstrauisch werden.

Trotzdem hat diese Familie das Vertrauen nicht verloren. Die Mutter sprach davon, bald noch ein Baby bekommen zu wollen, da Patrick kein Einzelkind bleiben sollte. Dieser Kinderwunsch weist darauf hin, dass Patricks Mutter die schwierige Geburtssituation und die ersten Monate emotional gut verarbeitet hat.

Anna

Die Mutter von Anna nahm jede Hilfe an, die ihr sinnvoll erschien. Sie forderte eine mobile Kinderkrankenschwester an, als sie aus dem Krankenhaus entlassen wurden, führte die Physiotherapie am AKH weit über das erste Lebensjahr hinaus fort, holte sich auch eine mobile Frühförderin und begab sich selbst in psychotherapeutische Behandlung, um die schockierenden Ereignisse bewältigen zu können. Sie schien völlig eingenommen von dem Gedanken zu sein, jede erdenkliche Förderung organisieren zu müssen, um mit den Schuldgefühlen fertig zu werden, für Anna keine gute Mutter gewesen zu sein. In dem Versuch sie in allen Bereichen zu fördern, lag ein Schritt unbewusster Wiedergutmachung. All diese Angebote sind im städtischen Bereich relativ einfach zu erhalten. Die Anonymität der Stadt und das Angebot an Psychotherapeuten erleichtern den Entschluss in Therapie zu gehen. Die Mutter unternahm viele Schritte, um Anna zu fördern und auch sich selbst seelisch zu heilen, auch wenn sie hierfür von ihrem Lebenspartner nicht die volle Unterstützung erhielt. Annas Vater schien seiner Familie keine so starke Stütze zu sein, wie Patricks Vater. Er interessierte sich nicht für die Beobachtungen und legte keinen Wert darauf, mich kennen zu lernen. Es kann von der Hypothese ausgegangen werden, dass der Vater die Beobachterin gleich wie das Baby behandelte. Sein Desinteresse an den Beobachtungen ist so zu verstehen, dass er sich vermehrt in seinen beruflichen Tätigkeiten engagierte, um sich von der schwierigen Situation seiner Tochter abzulenken.

Die Mutter betonte im Interview, dass die Frühgeburt einen großen Schock darstellte und die Familie sehr belastete. Jetzt habe sie das Gefühl, dass ihre Familie dadurch noch fester zusammengewachsen sei. Annas Mutter wollte keine Kinder mehr bekommen, da sie zu große Angst davor hätte, noch einmal eine Frühgeburt erleben zu müssen.

Es bleibt zu hoffen, dass die Psychotherapie und die verstreichende Zeit, dieser Mutter helfen werden, über die Frühgeburt hinweg zu kommen und mit Anna und sich selbst, Frieden schließen zu können.

Diese beiden Falldarstellungen zeigen, dass es zum Überleben und Entwickeln weniger auf die offensichtlich bedrohliche Situation der frühgeborenen Babys ankommt, sonder auf die innere Welt der Mutter. Darauf, wie sie selbst es schafft, mit

ihren widersprüchlichen Gefühlen von Liebe und Hass, Enttäuschung über die zu frühe Geburt und die Freude, dass ihr Baby lebt, umzugehen.

Abschließend lässt sich sagen, dass beide Familien mit ihren zu früh geborenen Kindern auf unterschiedlichste Weise umgingen und versuchten, die Frühgeburt so gut es ging zu bewältigen. Neben der medizinischen Versorgung bleibt die Tatsache, dass die Betreuung durch die Eltern und die ständig mitspielenden unbewussten Ängste und Phantasien, sich auf die Interaktionen und Reaktionen dem Baby gegenüber auswirkten und diese beeinflussten. Patricks Mutter schaffte es, sich in überaus kompetenter Weise um ihren Sohn zu kümmern und ihm so die bestmöglichen Voraussetzungen für seine unfassbare Entwicklung zu bieten. Annas Mutter gab sich große Mühe, die besten Voraussetzungen für ihre Tochter zu schaffen. Trotzdem gelang es ihr nur bedingt, für Anna entwicklungsfördernde Bedingungen herzustellen. Die Ergebnisse der Beobachtungen zeigen deutlich, dass der Geburtstermin und die Reife des zu früh geborenen Babys, nicht ausschlaggebend für die spätere Entwicklung waren, sondern diese durch viele Faktoren günstig oder ungünstig, beeinflusst werden kann.

5 Kritische Betrachtung des Diplomarbeitsthemas und Ausblick

In diesem Kapitel werden die Diplomarbeitsfragen einer kritischen Prüfung unterzogen, sowie Vorschläge zu Ansätzen für eine weiterführende, Forschung gemacht.

5.1 Relevanz der Fragestellung

Diese Diplomarbeit versucht, die bisher vernachlässigte Forschungslücke aufzuzeigen, wie sich die Mutter-Kind-Beziehung entwickelt, wenn ein frühgeborenes Baby, in Anwesenheit der Mutter, Physiotherapie erhält. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde qualitativ mittels psychoanalytischer Babybeobachtung Daten erhoben. Es wurden zwei Familien über einen längeren Zeitraum beobachtet, deren Baby zu früh geboren worden war. Die Mütter wurden nach den Beobachtungen gebeten, ein Interview zu geben. Hier konnten noch Fragen gestellt werden. Ziel war, die mittels Theorie generierten Hypothesen, anhand des Beobachtungsmaterials und den Daten der Interviews zu überprüfen, zu bestätigen bzw. zu widerlegen.

Die ursprünglich geplante Diplomarbeit musste für den empirischen Teil etwas abgeändert werden, da sich keine Frühförderorganisation bereit erklärte, bei den Förderstunden Beobachtungen zuzulassen. Aus diesem Grund ergibt sich die teilweise Bezugnahme dieser Diplomarbeit auf Frühförderung. Die Kontaktaufnahme mit dem AKH verlief wider Erwarten unkompliziert, rasch und unbürokratisch. Eine Familie zu finden, die sich bereit erklärte beobachtet zu werden, war hingegen sehr schwierig. Beide Babys wurden jeweils 15 Mal teilweise am AKH und teilweise zu Hause beobachtet. Das Hauptaugenmerk der Beobachtungen lag auf dem Baby und dessen Empfinden in der jeweiligen Situation. Es wurde weiters die Mutter-Kind-Beziehung genau beobachtet, um die zuvor anhand der Theorie erstellten Hypothesen, belegen zu können.

Die erste Subfrage dieser Diplomarbeit lautete, ob die Eltern nach einem dramatischen Ereignis, wie der Frühgeburt ihres Kindes in der Lage seien, für sich

und das Kind äußere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Analyse der Beobachtungsprotokolle ergab, dass Hilfe für das Kind bereitwillig angenommen wurde, sofern das Angebot von professioneller Stelle kam. Aus eigenem Antrieb zu forschen, welche zusätzlichen Hilfsangebote vorhanden waren, überforderte die Eltern. Annas Mutter wurde am AKH über Frühförderung und deren Vorteile informiert und wünschte diese zusätzlich zur Therapie am AKH. Die Mutter von Patrick wusste über das Angebot der Frühförderung nicht Bescheid und erfuhr zufällig aus einem Gespräch davon. Sie wirkte interessiert, sah allerdings keinen Anlass für Frühförderung, da Patrick in seiner Entwicklung zu Hause keine Rückstände mehr aufwies.

Die zweite Subfrage lautete, ob die Eltern Hilfen in Form von psychologischer Betreuung für sich selbst und Frühtherapie für ihr Kind annehmen können. Aufgrund der Ergebnisse aus den Beobachtungen und den Interviews lässt sich sagen, dass beide Familien Frühtherapie für ihr Kind annehmen konnten. Sie sahen beide die Vorteile der motorischen Entwicklungsförderung für ihr Kind. Durch die Therapie konnten bei beiden Babys deutliche Fortschritte beobachtet werden. Während bei Patrick über den Beobachtungszeitraum speziell das Halten der Aufmerksamkeit und das Umdrehen in die Bauchlage sowie das Halten des Kopfes im Stütz geübt wurde, trainierte die Therapeutin mit Anna die Bauchmuskeln, die durch die Operationen stark beeinträchtigt waren sowie das selbständige Umdrehen von der Rücken- in die Bauchlage. Annas Mutter war bewusst, dass sie diese Übungen auch zu Hause weiter führen sollte, damit eine oftmalige Wiederholung einer Bewegung mit der Zeit in den automatisierten Bewegungsablauf ihres Babys aufgenommen werden konnte. Patrick war sehr ambitioniert und ehrgeizig und probierte von sich aus so lange, bis er die Drehung von der Rücken- in die Bauchlage schaffte. Damit gab er sich nur kurz zufrieden und versuchten schon am nächsten Tag im Stütz etwas vorwärts zu kommen.

Die Eltern reagierten auf unterschiedliche Weise auf das traumatische Ereignis der Frühgeburt. Annas Mutter geriet in große seelische Not und konnte den Rat der Schwestern annehmen, sich in psychologische Betreuung zu begeben. Sie empfand die Therapie als sehr hilfreich und positiv. Der Vater stand der Therapie ambivalent gegenüber und meinte, sie bräuchte keine Therapie. Die Mutter ließ sich davon allerdings nicht beirren und führte die Psychotherapie weiter.

Patricks Mutter ging auf den Vorschlag eine Therapie in Anspruch zu nehmen, um die dramatischen Ereignisse besser verarbeiten zu können, nicht ein. In Anbetracht der Tatsache, dass sie sich ein weiteres Baby wünschte, wäre es hilfreich, zuvor ihre Ängste und Phantasien zu verarbeiten. Sie sah für sich keinen Nutzen einer Psychotherapie. Der Wunsch nach einem weiteren Baby kann entweder ein Symptom sein, rasch wieder ein neues Baby zu bekommen oder kann ein Zeichen für eine emotionale Bearbeitung und ein reifes Bewältigen des Traumes sein.

Die dritte Subfrage beschäftigte sich mit dem Thema, ob das erwähnte Angebot geografisch in deren Umfeld auch ausreichend vorhanden sei. Hier ließ sich ein Gefälle zwischen städtischem und ländlichem Bereich feststellen. Während es in der Stadt viele Möglichkeiten gibt Frühförderung, mobile Kinderkrankenschwestern, sowie therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist dies am Land nicht der Fall. Beispielsweise fand sich keine Organisation, die sich bereit erklärte, eine mobile Kinderkrankenschwester als Unterstützung für Patricks Mutter zu entsenden. Sie hatte weiters Hemmungen, sich in therapeutische Hilfe zu begeben, da sie Stigmatisierung von Bekannten fürchtete. Die Mutter von Anna zeigte sich hier bereitwilliger und fürchtete auch keine Gespräche von Nachbarn, da die Größe und Anonymität der Stadt unterstützend wirkte.

5.2 Grenzen des Diplomarbeitsthemas

Während die Neonatologie sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt hat, wurde der psychische Aspekt, des Erlebens einer zu frühen Geburt, weitgehend außer Acht gelassen. Es ist zu vermuten, dass eine begleitende psychologische Betreuung während der Schwangerschaft zu einer Vermeidung von Frühgeburten führen kann, da der Schwangerschaftsverlauf auch von psychischen Faktoren beeinflusst wird. Andererseits müssen die Eltern, nachdem ihnen eine Frühgeburt widerfahren ist, weitaus besser und umfangreicher betreut werden. Während das Frühgeborene ums Überleben kämpft, fühlen sich die Eltern oft stark überfordert mit der Situation und erhalten vielfach keine adäquate Hilfe, da sich die Mediziner meist nur auf das Baby konzentrieren. Für medizinische Geräte und hochtechnische Ausstattungen scheint Budget vorhanden zu sein. Nicht jedoch für eine

psychotherapeutische Begleitung der Eltern. Eine Eltern-Kleinkind-Therapie wäre den Beteiligten dringend zu empfehlen.

Die Beobachtungen und die folgende Auswertung zeigten deutlich, dass beide Familien sehr überrascht wurden von der zu frühen Geburt und das schon vielfach beschriebene Trauma erlitten. Während die Mutter von Anna psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahm und darin auch Sinn und gute Fortschritte sah, fand Patricks Mutter keinen Grund, psychologische Hilfe zur Aufarbeitung der Frühgeburt in Anspruch zu nehmen. Die Gründe dafür sind vermutlich vielschichtig. Eine Traumatherapie wäre zur Verarbeitung einer Frühgeburt in jedem Fall empfehlenswert und hilfreich. Beide Familien wurden am gleichen Krankenhaus betreut. Obwohl die Mutter von Patrick über fünf Monate fast täglich ins AKH kam, fanden die Ärzte und Schwestern keinen Weg, die Mutter von einer Psychotherapie und deren große Leistung für die Heilung der seelischen Wunden, für sich zu überzeugen. Die Mutter kannte ebenfalls das Angebot der mobilen Frühförderung nicht und erfuhr durch Zufall in einem unserer Gespräche davon.

Es sollen hier keine Schuldzuweisungen erfolgen. Diese Diplomarbeit verfolgt die Absicht, einen Denkanstoß zu liefern, den psychologischen Aspekt einer Frühgeburt und die damit verbundenen Ereignisse ernster zu nehmen und die Eltern besser zu unterstützen. Die Therapeutin, die beide Babys während meiner Beobachtungen betreute, erklärte mir, dass es im Vergleich zu anderen Krankenhäusern eine signifikant hohe Anzahl an Schreibabys auf der Frühgeborenenstation des AKHs gebe. Diese Aussage drückt eine subjektive Meinung aus und stützt sich nicht auf empirische Studien. Eine empirische Überprüfung wäre höchst interessant und wünschenswert, würde aber bei weitem die Kapazität dieser Diplomarbeit überschreiten.

Brisch (2007, S. 271ff) schreibt über die postnatale Bindung von Müttern zu ihren ungeborenen Babys. Die Mutter stehe in starkem emotionalem Austausch mit ihrem Baby und deren Gemütszustand wirke sich direkt auf das Baby aus. Besonders Mütter, die schon dramatische Erfahrungen im Bezug auf ihre Schwangerschaft erfahren mussten, seien besonders nervös und einem hohen Stresslevel ausgesetzt, der sich direkt auf den Fetus übertrage. Brisch hebt in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit von pränataler psychologischer Betreuung hervor. Die Eltern sollen während Wartezeiten im Krankenhaus, beispielsweise vor Ultraschalluntersuchungen zu ihrem Befinden und ihren Ängsten befragt werden. Lassen sich unzureichende

Bewältigungsstrategien feststellen, wäre eine Beratung dringend zu empfehlen. Brisch zufolge könnten bei pränataler begleitender Psychotherapie, Frühgeburten bis zu einem gewissen Grad verhindert werden. (ebd.)

Es wurde weiters erklärt, wie wichtig eine adäquate und richtige Betreuung von Eltern ist, die eine Frühgeburt erlitten haben. Das Personal hat nicht nur die Aufgabe, das Überleben und die bestmögliche Versorgung für das Baby zu sichern, sondern auch die Eltern in ihren Emotionen und Verhalten zu verstehen und ihnen angemessen zu helfen. Warnke (1983, S. 64ff) beschreibt, dass sich Ärzte, Therapeuten und Pädagogen bewusst sein müssen, die Eltern in die Aufgaben entschieden einzubeziehen. Es reiche nicht, das frühgeborene Baby medizinisch zu versorgen, es müssen auch den Eltern Aufgaben erklärt und delegiert werden. Für das Baby und dessen Entwicklungsfortschritte ist eine intakte und harmonische Familie genauso wichtig.

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine einschlägige Forschung bezüglich psychologischer Betreuung während einer Schwangerschaft und nach einer kritischen Geburt im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht möglich war, da sie den Rahmen weitgehend gesprengt hätte. Die Literaturrecherchen und Gespräche mit Ärzten zu dieser Diplomarbeit haben allerdings ergeben, dass im Bezug auf die psychologische Betreuung während einer Schwangerschaft noch großer Aufklärungs- und Forschungsbedarf besteht. Die dazu befragten Gynäkologen und Psychologen stimmten überein, dass eine Betreuung von ängstlichen und gestressten Frauen sehr wünschenswert wäre, die Durchführung und Organisation hingegen sehr schwierig sei. Weitere Forschungen mit Bezug auf dieses Thema wären dringend nötig, um zusätzliche Beweise für die Notwendigkeit der psychologischen Betreuung in Schwangerschaftsambulanzen und Frühgeborenenstationen zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- ALY, Monika (2002): Mein Kind im ersten Lebensjahr. Berlin: Springer
- BERLIN, Lisa; BROOKS-GUNN, Jeanne; MCCORMICK, Marie (2000): Das „Infant Health and Development Program“ (kombinierte Intervention für Eltern und Kind). In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- BICK, Esther; HARRIS, Martha (2002): Notes on infant observation. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac
- BOWLBY, John (1991): Evolutionsbiologische Orientierung von Bindung. In: Grossmann, Klaus; Grossmann, Karin (Hg): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta
- BRACK, Udo (1993): Verhaltensbeobachtung: Prinzipien der Beobachtung, Kodierung und Registrierung von Verhalten. In: Brack, Udo (Hg): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern. Weinheim: Beltz
- BRISCH et al (2000): Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- BRISCH, Karl Heinz (2007): Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hg): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- BRISCH, Karl-Heinz (2000): Frühkindliche Interaktion und Psychoanalyse. In: Koch-Keindl, Lisa; Wiese, Jörg (Hg): Psychoanalytische Blätter. Band 13
- BRÜGGEMANN, Kai (2006): Feinfühligkeitstraining und interaktionsorientierte Eltern-Kind-Interventionen in der Frühgeborenen-Nachsorge. In: Frühförderung interdisziplinär 2006, H 2
- DATLER, Wilfried (2009): Von der akademischen Entwicklungspsychologie zur psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung: Über Esther Bick, die Methode der Infant Observation und die Entwicklung von psychosozialer Kompetenz. In: Diem-Wille, Gertraud; Turner, Agnes (Hg): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendung. Stuttgart: Clett-Cotta
- DE JONG, Theresia Maria; MARCOVICH, Marina (2008): Frühgeborene - Zu klein zum Leben? München: Kösel

- DIEM-WILLE, Gertraud (2003): Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Stuttgart: Kohlhammer
- DIEM-WILLE, Gertraud (2009): Psychoanalytische Säuglingsbeobachtung als Ausbildungsmethode – ihre Wurzeln und ihre Anwendung in der Eltern-Kleinkind-Therapie. In: Diem-Wille, Gertraud; Turner, Agnes (Hg): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendung. Stuttgart: Clett-Cotta
- DIEM-WILLE, Gertraud; FINGER, Kurt; HEINTEL, Guido (1998): Psychoanalytische Pädagogik in der Allgemeinen pädagogischen Ausbildung für das Lehramtsstudium. In: Diem-Wille, G. Thonhauser, J. (Hg): Innovationen in der universitären Lehrerbildung. Innsbruck, Wien: Studienverlag
- DRAPER, Elizabeth S; Zeitlin, Jennifer; Fenton, Alan C; Weber, Tom; Gerrits, Jolanda; Mertens, Guy; Misselwitz, Bjoern; Breart, Gerard (2008): Investigating the variations in survival rates for very preterm infants in ten European regions: the MOSAIC birth cohort.
- ECKERT, Andreas (2008): Mütter und Väter in der Frühförderung – Ressourcen, Stresserleben und Bedürfnisse aus der Perspektive der Eltern. In: Frühförderung interdisziplinär 2008, H 1
- FARRELL ERICKSON, Martha; EGELAND, Byron (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. Stuttgart: Klett-Cotta
- FEGRAN; SOLVI, HELSETH; MAY SOLVEIG FAGERMOEN (2006): A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit.
- FRÖHLICH, Andreas (1997): Zu früh in dieser Welt? Pädagogische Überlegungen zu einem angemessenen Lebensbeginn frühgeborener Kinder. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 1997, H 5
- GARBE, Werner (2002): Das Frühchen Buch. Schwangerschaft, Geburt, das reife Neugeborene, das Frühgeborene – praktische Tipps für Eltern. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- GIRTLE, Roland (1988): Gedanken zur teilnehmenden unstrukturierten Beobachtung und ihre Probleme. In: Diem-Wille, G.; Pechar, H. (Hg): Zeitschrift für Hochschuldidaktik. Beiträge zu Studium, Wissenschaft und Beruf. 12. Jg., 1988, Sonderheft 12
- GLOGER-TIPPELT, Gabriele (1988): Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer
- HADDERS-ALGRA, Mijna (2008): General Movements – Neue diagnostische Kriterien zur Früherkennung von cerebralen Funktionsstörungen bei Früh- und Neugeborenen. In: Leyendecker, Christoph (Hg): Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung. München, Reinhardt

- HAMPEL, Petra et al (2007): Kognitive Entwicklung und sozial-emotionale Kompetenzen bei Frühgeborenen mit unterschiedlichen Bindungsrepräsentationen. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie. 16Jg, H 4
- HÄNSENBERGER-AEBI, Franziska (2007): Sehr kleine Frühgeborene. Annäherung an eine Zielgruppe der Heilpädagogischen Frühförderung. In: Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik 2007, H 4
- HANTSCHKE, Brigitte; HENZE, Karl-Heinz; PIECHOTTA, Gudrun (1992): Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme. In: Praxis kinderpsychologischer Kinderpsychiatrie 41 Jg.
- HÄUBINGER, Gabriele; LAZAR, Ross; LEHMANN, Nora (1986): Die psychoanalytische Beobachtung von Babys innerhalb der Familie. In: Stork, Jochen (Hg): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart: Frommann
- HÉDERVÁRI-HELLER, Éva (2000): Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. In: Lehmkuhl, Ulrike; Streeck-Fischer, Annette (Hg): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 49. Jg.
- HEINEN, Norbert; SIMON, Jutta (1998): Frühgeborene Kinder und ihre Eltern in der Frühförderung. In: Thurmair, Martin (Hg): Frühförderung und Integration. München: Reinhardt
- HEINEN, Norbert; WIGGER-TOELSTEDE, Regina (1999): Erwartungen der Eltern frühgeborener Kinder an die Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 18 Jg
- HELMER, H. (2007): Definition in der Geburtshilfe: Frühgeburt Totgeburt und Fehlgeburt. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007, 25Jg, H 1
- ISRAEL, Agathe; REIßMANN, Björn (2008): Früh in der Welt. Das Erleben des Frühgeborenen und seiner Eltern auf der neonatologischen Intensivstation. Frankfurt: Brandes & Apsel
- JENEWEIN, J; Moergeli, H.; Fauchère, J-C.; Bucher, H. U.; Krämer, B.; Wittmann, L.; Schnyder, U.; Büchi, S. (2007): Parents' mental health after the birth of an extremely preterm child: A comparison between bereaved and non-bereaved parents.
- JOHNSON, Dale (2000): Das „Houston Parent-Child Development Center“ (Programm für sozioökonomisch benachteiligte Familien). In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- JORCH, Gerhard (2006): Frühgeborene. Rat und Hilfe für betroffene Eltern. Stuttgart: Urania
- JOTZO, Martina; SCHMITZ, Bernhard (2001): Eltern Frühgeborener in den ersten Wochen nach der Geburt: Eine Prozess-Studie zum Verlauf von Belastung,

Bewältigung und Befinden. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht. 48 Jg, H2, S 81 - 97

- KLAUS, Marshall (2007): Die Bindungsbereitschaft der Eltern – Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hg): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- KLEIN, Melanie (1996): Die frühe Entwicklung des kindlichen Gewissens. In: Cycon, Erb (Hg): Melanie Klein. Gesammelte Schriften Band 1. 1920 – 1945. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog
- KLEIN, Melanie (2000): Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Cycon, Erb (Hg): Melanie Klein. Gesammelte Schriften Band 3. 1946 – 1963. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog
- LUKESCH, Helmut (1983): Geburts-Angst-Skala. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie Hogrefe
- MACHUL, Dörthe (2005): Psychosozialer Unterstützungsbedarf von Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen Intensivtherapie Stationen. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik 2005, H 4
- MARCOVICH, Marina (1995): Vom sanften Umgang mit Frühgeborenen. In: Rinnhofer (Hg): Hoffnung für eine Hand voll Leben. Erlangen: Fischer
- MARSHALL, Klaus (2007): Die Bindungsbereitschaft der Eltern – Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hg): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- MATSUISHI, Toyojiro; MAEKAWA, Kihei; KAMIYA, Yasuji (2000): Frühintervention bei sehr niedrigem Geburtsgewicht (kombinierte Intervention für Eltern und Kind). In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- MAYRING, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- MELTZER, Donald (2002): The life and work of Esther Bick. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac
- MELTZER, Donald (2002): The life and work of Esther Bick. In: Briggs, Andrew (Hg): Surviving Space. London: Karnac Books Ltd.
- MINDE, Klaus (1986): Besonderheiten in der Beziehung zwischen frühgeborenen Säuglingen und ihren Eltern: einige neuere Forschungsergebnisse. In: Stork, Jochen (Hg): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart: Frommann
- MÜLLER-RIECKMANN, Edith (1993): Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung. Eine Elternberatung. München, Basel: Ernst Reinhardt
- NEUBAUER, Achim; WACHTENDORF, Michael (2003): Gruppenarbeit mit „frühgewordenen Eltern“. Auswirkungen einer Gruppenteilnahme auf die

- psychische Befindlichkeit der Mutter, ihre Einstellung zum Kind sowie auf nachfolgende Schwangerschaften. In: Frühförderung interdisziplinär 2003, H 1
- PAPOUSEK, Hanus; PAPOUSEK, Mechthild; GIESE, Renate (1986): Neue wissenschaftliche Ansätze zum Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung. In: Stork, Jochen (Hg): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart: Frommann
- PORZ, Friedrich (1995): Konzept der „sanften Pflege“ bei kleinen Frühgeborenen. In: Hoffnung für eine Hand voll Leben. Erlangen: Fischer
- RAUCHFUß, Martina (1992): Betreuung von Frauen mit Fehlgeburten. In: Petersen, P.; Fervers-Schorre, B.; Schwertfeger, J. (Hg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer
- RINNHOFFER, Heidi (1995): Von Ingo, Dr. Marina Marcovich und der sanften Kraft. In: Rinnhofer (Hg): Hoffnung für eine Hand voll Leben. Erlangen: Fischer
- ROSENTHAL, Gabriele (20082): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim: Juventa
- RUSTIN, Micheal (2002): Looking in the right place: complexity theory, psychoanalysis, and infant observation. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac
- SALINGER, E; AL-TAIE, T; LÜTHJE, J (2000): Zur Vermeidung sehr früher Frühgeburten. In: Friese, Plath, Briese (Hg): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Heidelberg: Springer
- SARIMSKI, Klaus (1993): Spezielle Probleme der Untersuchung und Behandlung. In: Brack, Udo (Hg): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern. Weinheim: Beltz
- SARIMSKI, Klaus (1999): Beratung für psychisch besonders belastete Eltern frühgeborener Kinder nach der Entlassung. In: Frühförderung interdisziplinär, 18 Jg
- SARIMSKI, Klaus (2000): Frühgeburt als Herausforderung. In: Petermann, Franz (Hg): Klinische Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe
- SARIMSKI, Klaus (2000): Prävention bei Frühgeborenen: Das „Vermont Intervention Program“ (elternzentriertes Programm). In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- SCHMUTZLER, Hans-Joachim (2006⁷): Handbuch pädagogisches Grundwissen. Die frühe Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Freiburg, Basel, Wien: Herder
- SOMMERHOFF, Barbara (1993): Fehl- und Frühgeburten. Ursachen, Vorbeugen, Hilfen. Reineken: Rowolth
- SPARSHOTT, Margaret (2000): Früh- und Neugeborene pflegen. Stress- und schmerzreduzierende, entwicklungsfördernde Pflege. Bern: Huber

- SPECK, Otto (1977): Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. Der pädagogische Beitrag zu einer interdisziplinären Aufgabe. München, Basel: Ernst Reinhardt
- SPENDIER, Marlene (2003): Soziale Unterstützung von Frauen während und nach der Schwangerschaft und mütterliche Feinfühligkeit in der Mutter-Kind-Interaktion. Wien
- SPÖRRI, Claire-Lise (1983): Gegenwärtig praktizierte Formen der Elterngruppenarbeit in der Frühförderung. In: Speck, Otto; Warnke, Andreas (Hg): Frühförderung mit den Eltern. München, Basel: Reinhardt
- STEINER, Gisela (2001): Emotionale Belastung und psychotherapeutische Begleitung von Eltern Frühgeborener. Wien
- STERN, Daniel (1979): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta
- STERN, Daniel N.(1998⁶): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta
- STRAßMEIER, Walter (1979): Frühförderprogramme für behinderte und entwicklungsverzögerte Kinder – Evaluation eines kombinierten Diagnose/Förder-Ansatzes. Landsberg: Weizsaecker
- SYMINGTON, Joan (2002): Mrs. Bick and infant observation. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac
- THURMAIR, Martin (1983): Aufgabe und Dilemma der Elternarbeit in der pädagogischen Frühförderung. In: Speck, Otto; Warnke, Andreas (Hg): Frühförderung mit den Eltern. München, Basel: Reinhardt
- THURMAIR, Martin; NAGGL, Monika (2007): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- TÖNNIES, Sven; WIRTHS, Irina (1996): Personenzentrierte Gruppenarbeit mit Schwangeren zur Minderung von Schwangerschaft- und Geburtsängsten. In: Brähler, Elmar; Unter, Ulrike (Hg.): Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft. Hallstadt: Opladen
- UHLEMANN, M et al (2000): Sanfte Pflege und Stimulation Frühgeborener während der Intensivtherapie. . In: Friese, Plath, Briese (Hg): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Heidelberg: Springer
- VIEHWEG, B (2000): Prävention der Frühgeburt. In: Friese, Plath, Briese (Hg): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Heidelberg: Springer
- VOILL, Edeltraud (1996): Psychologische Auswirkungen von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. Wien
- VONDERLIN, Eva-Maria (1999): Die Bedeutung von Gesprächsgruppen für die Bewältigung einer Frühgeburt durch die Eltern. In: Frühförderung interdisziplinär, 18 Jg
- VONDERLIN, Eva-Maria (1999): Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung. Heidelberg: Universitätsverlag Heidelberg

- WALTZ, Stephan (2008): Konzepte zur Behandlung von Kindern mit Cerebralparesen. In: Leyendecker, Christoph (Hg): Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung. München, Reinhardt
- WARNKE, Andreas (1983): Das Gespräch zwischen Therapeut und Eltern. In: Speck, Otto; Warnke, Andreas (Hg): Frühförderung mit den Eltern. München, Basel: Reinhardt
- WEBER, R (2000): Rechtsethische Aspekte der Frühgeburt am Rande der Lebensfähigkeit. . In: Frieze, Plath, Briesse (Hg): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Heidelberg: Springer
- WEIß, Hans (1983): Diskussionsanstöße und Orientierungslinien zur Eltern- und Familienarbeit. In: Speck, Otto; Warnke, Andreas (Hg): Frühförderung mit den Eltern. München, Basel: Reinhardt
- WILLE, L; OBLADEN, M (1978): Neugeborenen-Intensivpflege. Grundlagen und Richtlinien. Berlin: Springer
- WIMMER-PUCHINGER, Beate (1992): Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin: Springer
- ZINKE-WOLTER, Petra (2000⁴): Spüren – Bewegen - Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen. Dortmund: Borgmann
- PFEIFENBERGER-LAMPRECHT, Beate (1999): Frühgeburt. Zahlen, Fakten, Informationen. <http://www.zeitung.hebammen.at> (14.3.2009)

Abbildungsverzeichnis

Ich versichere, dass ich nach bestem Wissen und Gewissen versucht habe, die Originalquellen der Bilder zu finden. Falls ich dennoch gegen gewisse Urheberrechte verstoßen haben sollte, so bitte ich darum, mich zu kontaktieren.

- Abbildung 1 http://www.planetwissen.de/natur_technik/fortpflanzung/geburt/img/wf_geburt_fru ehchen_g.jpg
- Abbildung 2 http://static.rp-online.de/layout/showbilder/29882-P_16007171852_HighRes.jpg
- Abbildung 3 BRISCH et al (2000): Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. In: Petermann, Franz; Niebank, Kay, Scheithauer, Herbert (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 362
- Abbildung 4 Bewältigungsprozess, SARIMSKI, Klaus (2000): Frühgeburt als Herausforderung. In: Petermann, Franz (Hg): Klinische Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 70
- Abbildung 5 BICK, Esther; HARRIS, Martha (2002): Notes on infant observation. In: Andrew Briggs (Hg): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac. S. 27

Lebenslauf

Persönliche Daten

Gabriele Zatl, 3. August 1983
Geburtsort Zwettl, NÖ
Staatsbürgerschaft Österreich

Schulbildung

1989 - 1993 Volksschule in Altmelon
1993 - 1997 Hauptschule in Arbesbach
1997 - 2002 HLW Zwettl

Studium

seit Oktober 2006 Studium der
Bildungswissenschaft an der Universität Wien

Berufstätigkeit

2009 Praktikum im Kindergarten der Stadt Wien,
Maria-Rekker-Gasse

Sommer 2008 Praktikum im Montessori
Kindergarten Joanelligasse, Wien

2008/2009 Wissenschaftliches Praktikum in der
Präsenzbibliothek Bildungswissenschaft

seit 3. November 2002 bei Tyrolean Airways als
Senior Cabin Attendant